PERIABORTATIVE PSYCHODYNAMIK
ZUR VORHERSAGBARKEIT PSYCHISCHER IRRITATIONEN
NACH SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Dissertation
zur Erlangung des sozialwissenschaftlichen Doktorgrades
der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von
Dieter Bönitz
aus Göttingen

Göttingen 1976

PERIABORTATIVE PSYCHODYNAMIK
ZUR VORHERSAGBARKEIT PSYCHISCHER IRRITATIONEN
NACH SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Dissertation
zur Erlangung des sozialwissenschaftlichen Doktorgrades
der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von
Dieter Bönitz
aus Göttingen

Göttingen 1976

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Berichterstatter: Prof. Dr. P. Faßheber
Mitberichterstatter: Prof. Dr. K. Thomas
Tag der mündlichen Prüfung: 6. Dezember 1976

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Einleitung	1
2.	Darstellung des Problems anhand der vorliegenden Literatur	3
2.1	Relevanz der Problemstellung	4
2.11	Häufigkeit von Aborten in der BRD	5
2.12	Folgen eines abgelehnten Antrages auf Abort	7
2.121	Umgehung der Begutachtung: Chancen für einen Abort außerhalb der in der BRD gültigen Indikationen	7
2.122	Folgen für das nach einem abgelehnten Antrag auf Abort geborene Kind	8
2.2	Erhebung abortrelevanter Variablen: vor dem Eingriff verfügbare Informationen	11
2.21	Theoretische Aspekte zur Erhebung abortrelevanter Variablen	12
2.211	Persönlichkeitszüge der abortwilligen Frau	13
2.212	Zeitweilige organische und motivierende Bedingungen	15
2.213	Situative Einflüsse	16
2.22	Theoretische Aspekte zur Darstellung der Persönlichkeit	17
2.221	Persönlichkeitsbeschreibung mit Augenscheinvalidität	17
2.222	Persönlichkeitsbeschreibung mit standardisierten Instrumenten	21
2.23	Darstellung der Befunde: Persönlichkeit der abortwilligen Frau	25
2.3	Befunde zu psychischen Konsequenzen des Aborts	34
2.4	Zusammenfassung: Persönlichkeit der abortwilligen Frau und psychische Konsequenzen des Aborts	42
3.	Kognitionstheoretische Aspekte zur Analyse periabortativer Psychodynamik	46
3.1	Zeitpunkt der Befragung	54
3.11	Theoretische Aspekte	54
3.12	Empirische Befunde	55

Seite

4. Hypothesenbildung 56

4.1 Irritationen per se 56
4.2 Entlastung durch Fremdverantwortlichkeit 57
4.3 Aborterfahrung und aversive Begleitumstände 58
4.4 Aktualisierung durch Konfrontation mit Wöchnerinnen 58
4.5 Rollendiskordanz 59
4.6 Kompensation durch Rollenpluralität 60
4.7 Entlastung durch Reformierung der weiblichen Rolle 61
4.8 Deskription der Gruppen 61

5. Methode 62

5.1 Versuchsplan 62
5.2 Operationalisierung der Variablen 63
5.21 Unabhängige Variablen (UV) 64
5.22 Abhängige Variablen (AV) 66
5.221 Einstellungsfragebogen 66
5.222 Persönlichkeitszüge 67
5.223 Abortspezifische Ängste 68
5.23 Moderatorvariablen (MV) 69
5.231 Soziographische Daten 69
5.232 Körperlich/medizinische Daten 70
5.233 Varia 70
5.3 Versuchsleiter 70
5.4 Probandinnen/Patientinnen 71
5.5 Durchführung der Erhebung 71
5.6 Bildung von Extremgruppen 73
5.61 Diskriminanzanalytische Kontrolle dieses Vorgehens 76

6. Ergebnisse 78

6.1 Beschreibung der Stichprobe 78
6.11 Aktuelle Situation der Probandinnen, soziographische Informationen 78

Seite

6.12 Situation der Probandinnen in ihrer Kindheit und Jugend, soziographische Informationen 86

6.13 Medizinische Informationen 88

6.14 Informationen zum Psychostatus 94

6.141 Psychostatus vor dem Eingriff 94

6.142 Psychostatus nach dem Eingriff, Veränderungen zu "vorher" 96

6.15 Zusammenfassung der Mittelwertsvergleiche 97

6.2 Diskriminanzanalytische Trennung der Gruppen von Frauen mit einem Abort und Beschreibung der Diskriminanzanalyse 117

6.21 Trennung der niederländischen Gruppen von Frauen mit einem Abort, I. Trimester gegen II. Trimester 120

6.22 Trennung der Gruppe 1 (niederländische Abortpatientinnen, II. Trimester) gegen Gruppe 4 (inländische Abortpatientinnen) 123

6.23 Trennung der Gruppen des I. Trimesters, Abortpatientinnen aus inländischen Kliniken gegen solche aus niederländischen Kliniken 125

6.3 Diskriminnanzanalyse der Extremgruppen: Suche nach validen Prädiktoren 128

6.4 Hypothesenprüfung 132

6.5 Zusammenfassung der Befunde 141

7. Abschließende Diskussion der Befunde 146

8. Gesamtzusammenfassung 153

Literaturverzeichnis 159

Text des verwendeten Fragebogens 171

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534921_0046

Diese Untersuchung wäre ohne die bereitwillige Hilfe der vierhundertneunundachtzig befragten Frauen nicht zustande gekommen. Diese Frauen, die in der z. T. belastenden Situation der ungewollten Gravidität oder des frisch überstandenen Aborts umfangreich über sich Auskunft gaben, sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Mein Dank gilt weiterhin den entgegenkommenden Kliniksleitern im Inland, wie in den Niederlanden, die mir eine Befragung der Patientinnen in ihren Kliniken ermöglichten und mich hilfreich unterstützten. Es sind dies Frau Dr. van Brederode und Frau Dr. Reeskamp, sowie die Herren Dr. van den Bergh, Dr. Boissevain, Prof. Dr. Bruntsch, Dr. Edgar, Dr. Gersten, Prof. Dr. Köster, Prof. Dr. Langer, Prof. Dr. Oehlert, Dr. Schäfer, Dr. Schleebaum, Prof. Dr. Schneider, Dr. Willems und Dr. Wong.

Wertvolle Hintergrundinformationen zur Abortsituation in den Niederlanden verdanke ich Herrn Direktor van Brederode und Herrn Dipl.-Soz. Schnabel.

Frau Kutzner hat mit viel Mühe und Sorgfalt die Druckvorlage fertiggestellt. Frl. cand. psych. Weddige hat die Druckvorlage einer gründlichen Durchsicht unterzogen. Beiden möchte ich meinen herzlichen Dank aussprechen.

In besonderem Maße sei hier meinem Lehrer und Doktorvater Herrn Prof. Dr. Peter Faßheber gedankt, der durch unermüdliche Anregung und beständigen Zuspruch diese Arbeit gefördert hat. Seinem stets verständnisvollem Engagement sei hier gedankt, wobei es selbstverständlich ist, daß eventuelle Fehler in dieser Arbeit allein von mir zu verantworten sind.

D. B.

1. Einleitung

Diese Untersuchung wurde von dem zentralen Interesse an bedeutsamen Dimensionen geleitet, in denen sich Frauen beschreiben lassen, die sich einem Schwangerschaftsabbruch unterziehen. Diese angestrebte Beschreibbarkeit ist anzusehen als eine Voraussetzung für die Typisierung psychischer Reaktionen auf diesen Eingriff. Für den Fall, daß sich hier ähnliche Reaktionsmuster nachweisen lassen würden, wären die Mittel gegeben, Frauen mit abortogenen psychischen Irritationen bereits vor dem Eingriff von solchen unterscheiden zu können, für die der bevorstehende Abort psychisch unproblematisch sein wird. Eine solche Differenzierungsmöglichkeit stellt eine Entscheidungshilfe dar, ob und in welcher Art im Einzelfall psychisch flankierende Maßnahmen angezeigt sind.

Der wichtige alternative Problemkreis, die Folgen der Ablehnung eines Antrages auf Abort, kann hier nicht empirisch untersucht werden; hier soll nur eine Erörterung unter Nutzung der vorliegenden Literatur geliefert werden.

Wer sich mit der Situation der Frau beschäftigen will, die sich nach einer unerwünschten Gravidität einem Abort unterzieht, stößt auf ein Hindernis, das sein Vorhaben höchst zweifelhaft erscheinen läßt. Trotz - oder vielleicht wegen - einer breit und mit emotionellem Engagement geführten Diskussion fehlt es an gezielten Untersuchungen über die periabortative Psychodynamik. "Die vorhandenen Arbeiten beziehen sich auf einen durch bestimmte Kriterien ausgelesenen Personenkreis, nämlich auf Fälle des versuchten oder durchgeführten legalen Schwangerschaftsabbruchs aus medizinischer Indikation und können nicht als repräsentativ für 'die schwangere Frau' angesehen werden" (ROLINSKI, 1971). Hinzu kommt, daß in den so eingegrenzten Arbeiten sich diametral widersprechende Aussagen gemacht werden, ohne daß in allen Fällen inhaltlich hergeleitet werden könnte, wie diese Divergenz der Ergebnisse zustande gekommen sein könnte. In der vorliegenden Arbeit wurde der

Versuch unternommen, Frauen vor und nach einem Abort zu erfassen, die möglichst unausgelesen sind und bezüglich ihrer Repräsentativität nur wenigen und engumrissenen Einschränkungen unterliegen.

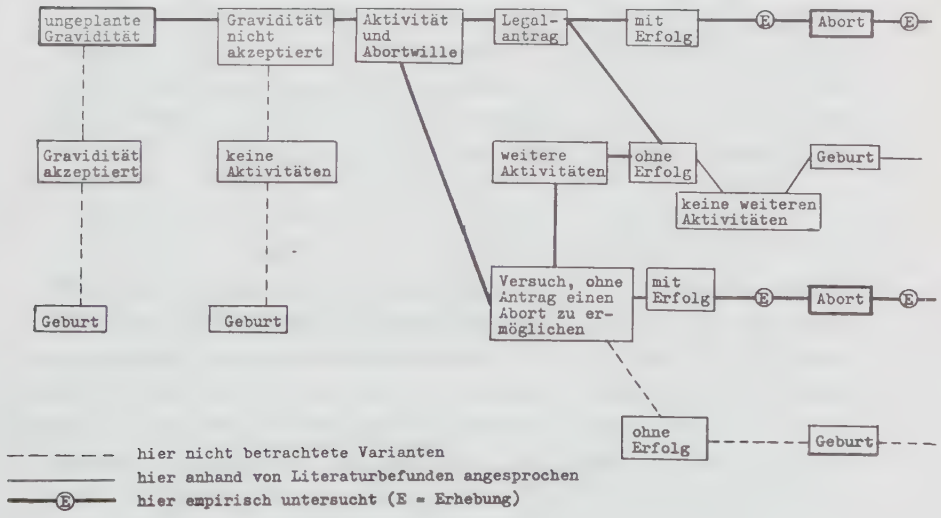
Definitorische Anmerkung:
Analog zum englisch/amerikanischen, französischen, niederländischen usw., aber auch schon dem deutschen Sprachgebrauch (BLASER et al. 1975, HUSSLEIN 1971, MEHLAN 1961, MÜLLER 1964) wird hier unter "Abort" der künstlich herbeigeführte Schwangerschaftsabbruch verstanden - auch wenn dies der etymologischen Herkunft widerspricht.

2. Darstellung des Problems anhand der vorliegenden Literatur

Die Genese des hier anstehenden Problems läßt sich vereinfachend gemäß Abbildung 1 darstellen. Als Ausgangspunkt ist eine ungeplante Gravidität denkbar. Diese Schwangerschaft kann mehr oder minder spontan akzeptiert werden - oder nicht. Dieser letzte Fall kann in einem passiven "Sich-drein-schicken" enden - oder in dem Willen zum Abort mit entsprechenden Aktivitäten. Die betroffene Frau kann es für sinnvoll halten, einen Antrag auf Abort zu stellen - oder sich in vielen Varianten um einen Abort unter Umgehung einer Begutachtung bemühen.

Der bewilligte Antrag führt häufig zum Abort, während der abgelehnte noch die Möglichkeit offen läßt, daß sich die betroffene anderweitig um einen Abort bemüht. Diese Versuche, wie auch die der Frauen, die gleich auf eine Begutachtung verzichten, können erfolgreich sein - oder nicht. Je nach dem endet diese Sequenz in einem Abort oder einer Geburt.

Abbildung 1 :
Schematische Darstellung der Problemgenese



Das nach einem abgelehnten Antrag auf Abort geborene Kind hat einen nachweisbar anderen Lebenslauf als andere Kinder, wie unten anhand von Literaturbefunden kurz darzustellen sein wird.

Im Zentrum des Interesses dieser Untersuchung liegt jedoch die Frau, die sich einem Abort unterzieht: wie läßt sie sich beschreiben, besteht überhaupt ein Unterschied in bedeutsamen Dimensionen gegenüber etwa dem Durchschnitt der bundesrepublikanischen Frauen? Weiter ist zu fragen, wie die Frauen auf diesen Eingriff reagieren, der ja anderen Bewertungsmaßstäben zu unterliegen scheint, als sonstige gynäkologische Operationen. Beide Aspekte - Persönlichkeit der abtreibungswilligen Frau und Reaktion auf diesen Eingriff - werden in der Literatur unterschiedlich beschrieben. Auf der einen Seite wird von einem "psychischen und biologischen Trauma" gesprochen, weil die Frau ein "biologisches Urgesetz der menschlichen Art" ererbt habe, wonach sie "ihrem Wesen nach vor allem Natur, Mutter, also Erhalterin der Art" sei (MÜLLER 1964, p. 203), auf der anderen Seite wird gefragt, ob es sich der Annahme von postabortativen psychischen Krankheiten nicht um einen Mythos handele (KUMMER 1963). Geringe psychische Folgen des Aborts berichten auch PASINI et al. (1970) nach Durchsicht der Literatur.

So schicken auch OSOFSKY et al. (1971) ihrer Literaturschau die "general conclusion" voran: "Authors have concluded that abortion frequently leads to severe psychologic sequelae (BOLTER 1962, EBAUGH et al. 1947, GLADSTON 1958, WILSON 1954), that it may on occasion directly or indirectly lead to problems (LIDS 1958, ROSEN 1954), or that it does not appear to lead to any noticeable difficulty (GUTTMACHER 1967, HARDIN 1968, KUMMER 1963, LADER 1966)".

2.1 Relevanz der Problemstellung

Neben der Tatsache, daß seit Jahren Vertreter weltanschaulicher und politischer Gruppierungen über den Fragenkomplex 'Abort' diskutieren, werden hier als Kriterien der Problemrelevanz sowohl die Häufigkeit des untersuchten Ereignisses angesehen, als auch die Widersprüchlichkeiten, die in der wissenschaftlichen Literatur zu Fragen der psychischen Konsequenzen auftreten. Zur Gewichtung der Entscheidungen von Berater, Begutachter und ausführendem Arzt werden hier ergänzend Aspekte referiert, die sich bei Ablehnung eines Antrages auf Abort ergeben.

2.11 Häufigkeit der Aborte in der BRD

Über die Zahl der provozierten Aborte in der BRD liegen wegen der bis zum Juni 1976 geltenden Rechtslage nur Schätzungen vor. Sie dürften wegen der Strafandrohungen mit einer hohen Dunkelziffer behaftet sein. Die Schätzungen reichen von einer Million pro Jahr (NOVAK 1967; SCHULTE et al. 1969, p. 1) über 720.000 bis 600.000 (HUSSLEIN, 1971) und 400.000 (DÖRING, 1971) bis zu 90.000 (PRILL, 1972) - um nur einige Autoren zu nennen.

Der Autor der letztgenannten Zahl schätzt weiter, daß von diesen 90.000 rund 6.000 Abbrüche im europäischen Ausland vorgenommen werden, davon 4.000 in England: es verbleiben noch 2.000 für das übrige europäische Ausland.

Die Zahlen von PRILL gehen - zumindest was die Auslandszahlen betreffen - erheblich an der Realität vorbei. Nach einer Befragung des Verfassers von zehn Kliniksleitern in den Niederlanden werden allein dort 50.000 bis 60.000 Schwangerschaften bundesdeutscher Frauen pro Jahr abgebrochen. PRILLs Zahlen bedürfen sicher einer Korrektur in der Größenordnung eines Faktors zwischen zehn und zwanzig.

In einer Umformulierung der Fragestellung kann gesagt werden, daß in den USA "rund 80 % aller vorehelichen, gut 15 % aller ehelichen und über 80 % aller nachelichen Schwangerschaften abgetrieben werden". Die Vergleichbarkeit mit bundesdeutschen Verhältnissen legt die Ähnlichkeit der Zahlen einer Teilpopulation aus beiden Ländern nahe: in der BRD haben 11-16 % der ledigen Studentinnen mit Koituserfahrung eine Abtreibung erlebt, in den USA 12 %; voreheliche Schwangerschaften wurden bei BRD-Studentinnen zu rund 60 % abgetrieben, in den USA zu 74 % (GIESE, 1969 und HUSSLEIN, 1971 unter Bezug auf GEBHARD et al. 1969). Die Untersuchung von WILLE (1973) nennt 6 % Studentinnen mit ein- oder mehrmaliger Aborterfahrung. Hier wurde vorerst nicht nach Koituserfahrung oder Zivilstand unterschieden.

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung hält HUSSLEIN (1971) die von GEBHARD et al. (1969) veröffentlichten Zahlen für "vorbehaltlos auch auf europäische Verhältnisse übertragbar". Danach (Tab. 28 bei GEBHARD) haben unabhängig vom Alter rund 3 % aller vorehelichen Schwangerschaften eine außereheliche Lebendgeburt zur Folge. Nach Alter aufgeschlüsselt zeigt sich, daß voreheliche Schwangerschaften ...

Tabelle I : Verlauf vorehelicher Schwangerschaften *

	... durch Abtreibung oder Fehlgeburt enden	... in eine Ehe münden
bis 20. Lebensjahr	49 %	51 %
20. bis 25. Lebensjahr	76 %	20 %
nach dem 26. Lebensjahr	88 %	7 %

Die Variation über den Ausbildungsgrad zeigt, daß mit zunehmender Ausbildung die Abortchance und/oder -bereitschaft steigt.

FLECK (1970) setzt illegale zu legalen Aborten ins Verhältnis und schätzt für die USA 1.000.000:10.000 ; der Autor schätzt weiter, daß auf vier Graviditäten ein Abort kommt AUCLAIRE (1969) berichtet aus Frankreich, daß von 2.960 illegalen Abtreibungen, die ihrem Bericht zu Grunde liegen, nur 320 (10.8 %) durch nachträglichen Kliniksaufenthalt registriert werden konnten. Neun von zehn Fällen gehen in keine Statistik ein. Die Zahl der legalen Aborte in der BRD betrugen Anfang der 70er Jahre rund 4.000 p.a. (DÖRING, 1971) und dieser Autor hält 400.000 illegaler Unterbrechungen für realistisch: eine Schätzung von 1 : 100, die auch FLECK (1970) für die USA annimmt.

* zitierte Tabellen werden mit römischen Ziffern numeriert, Tabellen und Abbildungen eigener Befunde mit arabischen Ziffern.

2.12 Folgen eines abgelehnten Antrages auf Abort

Hier ist zu unterscheiden zwischen den Frauen, die sich nach einem abgelehnten Antrag anderweitig einem Abort unterziehen und denen, die das ungewollte Kind bekommen.

2.121 Umgehung der Begutachtung: Chancen für einen Abort außerhalb der in der BRD gültigen Indikationen

Nach den von HEISS (1967, p. 323 f.) gesammelten Zahlen enden 33 bis 83 % der Graviditäten, die auf Abort beantragt waren, in einer normalen Geburt. Diese Zahlen entsprechen denen von SCHULTE (1969, p. 5 ff.), der berichtet, daß je nach individueller Dringlichkeit Frauen nach einem abgelehnten Antrag auf legalen Abort 26 bis 79 % die Möglichkeit finden, ihre Schwangerschaft anderweitig unterbrechen zu lassen. Eine deutlich geringere Chance haben die unter 16jährigen Schwangeren. Ähnliche Zahlen finden sich auch bei CLARK (1968), BRETSCHER (1958) und BINDER (1941), wobei letzter Autor der Urheber der Minimalschätzung von 26 % ist. Der weitergehenden Verwendbarkeit dieser Zahlen sind jedoch erhebungsgemäß Grenzen gesetzt, da nur die erfaßt wurden, die einen Antrag zu stellen für aussichtsreich hielten. Schwangerschaftsabbrüche werden - auch wenn eine Begutachtung umgangen wird - in der Regel von Ärzten vorgenommen. GEBHARD et al. (1969) berichten, daß operative Unterbrechungen in den USA zu 91.2 % von Ärzten vorgenommen werden, in der BRD wurden Anfang der 70er Jahrem nach einer Untersuchung von PROSS (1971) 68 % der Unterbrechungen von Ärzten durchgeführt (2 % im Ausland) und 10 % von Hebammen. WILLE veröffentlichte 1973 die Ergebnisse einer Befragung von Studentinnen, hier nehmen zu 90 % Ärzte den Eingriff vor. Eine Übertragbarkeit dieser letzten Zahl auf den Durchschnitt der bundesdeutschen Frauen unterliegt einer Anzahl Einschränkungen. So zeigt sich etwa eine positive Abhängigkeit der Abortchance und/oder -bereitschaft vom Ausbildungsgrad und Alter, eine negative etwa mit dem Grad der religiösen Bindung (GEBHARD et al.).

2.122 Folgen für das nach einem abgelehnten Antrag auf Abort geborene Kind

Aus der Vielzahl möglicher Folgen eines gegen den Wunsch der Mutter geborenen Kindes, seien nur diejenigen herausgegriffen, die das Kind selbst betreffen.

In der Literatur findet sich die Annahme, daß mit Auftreten der ersten Kindsbewegungen, spätestens jedoch beim Anblick des geborenen Kindes ein "Mutterinstinkt" zum Durchbruch komme, der alle vorherigen Vorbehalte der Mutter in wohlwollende Zuneigung zu ihrem Kind umschlagen läßt.

Auf die Fragwürdigkeit der Annahme einer Instinktsteuerung[1] beim Menschen jenseits des Kleinkindalters überhaupt, haben etwa GEHLEN (1965, 1966), PORTMANN (1956) und SCHWIDETZKY (1973) hingewiesen. Auf die subtilen Mechanismen der Aggressionsabwehr im Mutter-Kind-Verhältnis hat die Psychoanalyse aufmerksam gemacht (PETRI, 1973). Auch in den Beobachtungen der Kliniker findet sich der Hinweis, daß mütterliche Zuwendung nicht quasi-automatisch Platz greift, wo vorher eine Aversion der Schwangerschaft gegenüber bestand (COUCHERON-AAMON, 1967, p. 3; SCHULTE, 1966, p. 30; SCHULTE et al., 1969, p. 55). Ein anfänglich dem Kind zugewandtes Verhalten, auch in Fällen nach abgelehntem Antrag auf Abort, kann mit der Erfüllung von Erwartungen aus der sozialen Umwelt z.T. erklärt werden. Aus Angst, als schlechte Mutter angesehen zu werden, entspricht sie dem Stereotyp und zeigt Zuwendung. Dieser soziale Druck ist um so größer, je mehr Personen der unmittelbaren Umgebung dieses Verhalten erwarten und je gewichtiger einzelne oder mehrere Personen dieser Umwelt erlebt werden. So gesehen ist die Wochenstation einer Frauenklinik eine günstige Konstellation um (vorläufige) Zuneigung zu produzieren. Diese Zuneigung wird erleichtert, wenn man der Annahme eines "Kindchen-Schemas" im Sinne LORENZ' (1943) folgt. Danach löst eine gewisse Reizkonfiguration - das pausbäckige Säuglingsgesicht - Sympathie, Liebkosungen und Pfle-

1) "Instinkt" verstanden als "erblich gesteuerte Verhaltensweisen". (SCHWIDETZKY, 1973, p. 113).

geverhalten aus. Dieser Auslöser ist jedoch nicht geschlechtsgebunden und stellt vielleicht eine Komponente des "Familiensinnes" dar (HOFSTÄTTER, 1966a, p. 45). Im Falle des ungewollten Kindes besteht eine deutliche Chance, daß die Zuneigung mit Vergehen des Kindchen-Schema-Gesichtes ebenfalls vergeht. Wie groß der Anteil dieses Auslösers an der anfänglichen Zuneigung ist, kann hier nicht geprüft werden; daß die Abnahme der Freude über ein ungewolltes Kind deutlich größer zu sein scheint, als man für gewünschte Kinder anzunehmen bereit ist, ist schon bei BINDER (1930, p. 109) belegt. Die Mütter bezeichneten retrospektiv ihr Gefühl gegenüber dem Kind mit ...

	... Abneigung	Freude	Ambivalenz, Fremdheit, Gleichgültigkeit
nach der Geburt	10 %	60 %	30 %
im späteren Leben	23 %	30 %	47 %

Tabelle II: Affektiver Bezug zu unehelichen Kindern

Hier kann nach den Erfahrungen der empirischen Meinungsforschung (v. FRIEDEBURG, 1953) angenommen werden, daß sich unter den ambivalenten Müttern noch ein erheblicher Teil von abgeneigten befindet, weil Abneigung zuzugeben dem internalisierten "Gute-Mutter"-Stereotyp widerspricht. Die hier belegte geringere Freude der Mutter, resp. der Eltern, hat eine Anzahl empirisch belegter Folgen für das ungewollte Kind. Die Mutter-Kind-Beziehung ist in Fällen des abgelehnten Antrages auf Abort stärker gefährdet, als wenn es sich "nur" um ein ungeplantes Kind handelt (CAPLAN, 1954). Das ungewollte Kind wird häufiger tot geboren (ROHDEN, 1952, p. 115), ist im besonderen Maße den Gefahren der Kindesmißhandlung ausgesetzt (BIERMANN, 1974, KOSCHORKE, 1971) und sein Lebenslauf unterscheidet sich deutlich von dem eines nicht abgelehnten Kindes. DYTRYCH et al. (1975) haben über einen Zeitraum von neun Jahren N = 220 Kinder nachverfolgt, die nach einem abgelehnten Antrag auf Abort geboren wurden und diese mit einer Kontrollgruppe verglichen. Insgesamt zeichneten sich keine markanten Differenzen ab, "but there were some indications that the children born to women denied abortion suffered more illness, were less acceptable to their peers and teachers, and were less able to live up to their intellectual capacities". In einer ähnlich angelegten Untersuchung haben FORSSMAN & THUWE

bereits 1966 die Lebensgeschichten von 120 Kindern nachverfolgt, die nach einem abgelehnten Antrag auf Abort geboren wurden. Die Verfasser verglichen etwa die psychische Gesundheit, die soziale Anpassung und den Grad der Ausbildung dieser Gruppe mit den entsprechenden Merkmalen einer Kontrollgruppe. Die Erhebung verfolgte die beiden Gruppen vorerst bis zum 21. Lebensjahr. Die Kontrollgruppe entstand, indem die Verfasser immer dann, wenn ein Kind der Untersuchungsgruppe geboren war, das nächste gleichgeschlechtliche Kind, das in der selben Klinik geboren wurde, in diese Kontrollgruppe nahmen.

Der Vergleich dieser beiden Gruppen zeigt deutliche Unterschiede, von denen einige beispielhaft dargestellt werden sollen:

1) familiäre Situation: die ungewünscht geborenen Kinder hatten rund doppelt so oft eine unsichere Kindheit (60 % zu 28.3 %) wie die Kontrollkinder. So waren etwa 19 % der Eltern geschieden, bevor das ungewollte Kind 15 Jahre alt war (10.8 % der Kontrollkinder); 22.5 % wurden von ledigen Müttern geboren und später nicht legitimiert (3.3 % der Kontrollkinder), 25 % wurden in Kinderheimen untergebracht (8.3 % der Kontrollkinder).

2) psychische Gesundheit: Die Kinder resp. Jugendlichen der Untersuchungsgruppe konsultierten rund doppelt so oft einen Psychiater und/ oder wurden aus psychiatrischen Gründen hospitalisiert, wie die Kontrollgruppe (28.3 % zu 15 %; $p < 0.025$)

3) soziale Anpassung: Wegen krimineller Taten wurden im Children's aid bureau 18.3 % registriert (gegenüber 8.3 %; $p < 0.005$). Public assistance nahmen zwischen dem 16. und 21. Lebensjahr 14.2 % in Anspruch (zu 2.5 %; $p < 0.005$).

4) Ausbildungsgrad:

a. Als Kriterium unterdurchschnittlicher (subnormal) Erziehbarkeit diente der Besuch von Schulen/Klassen für geistig retardierte. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied von 10.8 % zu 5 %, der jedoch wegen der geringeren Fallzahlen nur auf dem 10 %- Niveau signifikant wurde.

b. Bei Betrachtung der Anteile an weiterführenden theoretischen Studien zeigte sich ein deutlicher Vorsprung der Kontrollgruppe: 33.3 % besuchten eine über das gesetzliche Minimum hinaus weiterführende Bildungseinrichtung (zu 14.2 %; $p < 0.001$).

In dieser Untersuchung ist in der Gruppe der ungewollten Kinder der untere Teil der Bevölkerungsschichten überrepräsentiert. Das macht eine rechnerische Ausschaltung schichtmäßiger Auswirkungen sinnvoll. Jedoch auch wenn man die schichtmäßige Herkunft konstant hält, zeigt sich eine deutliche Benachteiligung der unerwünscht geborenen: nur 13 % besuchten eine weiterführende Bildungseinrichtung (zu 27.3 %; $p<0.05$).

Zusammenfassend stellen die Autoren fest: "Thus, the very fakt that a woman seeks an authorized abortion, no matter how trivial her grounds may appear to some, means that the expected child will run a larger risc than its peers of an inferior standing in life" (p. 86).

Die Autoren empfehlen daher, bei der Begutachtung von Anträgen auf Abort auch die sozialen Risiken zu berücksichtigen, die das Kind erwarten.

Eine Untersuchung des weiteren Lebensweges dieser beiden Samples ist vorgesehen, nach einer persönlichen Mitteilung von FORSSMANN kann mit einer Veröffentlichung jedoch nicht vor 1978 gerechnet werden.

2.2 Erhebung abortrelevanter Variablen: vor dem Eingriff verfügbare Informationen

Wer das Verhalten von Menschen voraussagen will, benötigt Informationen, aufgrund derer eine solche Prognose möglich werden kann. Je mehr über die Bedeutung einzelner Informationen bekannt ist und je genauer bedeutsame Informationen erhoben werden können, desto sicherer kann Verhalten prognostiziert werden.

Nachfolgend werden einige Aspekte referiert, die bei der Erhebung von abortrelevanten Variablen von Bedeutung sein können. Anschließend wird die Frage erörtert, wie solche als relevant erachteten Variablen hinreichend präzise erhoben werden können. Diesen Präzisionsaspekt gilt es freilich auch bei der Begutachtung nach dem Abort zu berücksichtigen.

2.21 Theoretische Aspekte zur Erhebung abortrelevanter Variablen

Eines der Ziele der Psychologie ist es, Verhalten zu prognostizieren. Eines der Ziele dieser Untersuchung ist es, Verhalten nach einem provozierten Abort prognostizierbar zu machen. Zu dieser Prognose sind Informationen notwendig, die sich vor dem Eingriff erheben lassen und im Vergleich zu anderen Variablen eine höhere Prädiktorenqualität haben. Je vollständiger die Gesetzmäßigkeiten des Verhaltens bekannt sind und je mehr über einen Menschen bekannt ist, desto eher kann sein Verhalten vorausgesagt werden. Die Suche nach abortspezifischen Psychodynamiken und die nach validen Prädiktoren sind zwei der Hauptanliegen dieser Untersuchung. Je sicherer präabortativ der postabortive Psychostatus prognostiziert werden kann, desto adäquater und ökonomischer können begleitende Maßnahmen eingeleitet resp. unterlassen werden.

Überschaut man die Bedingungen, die für das menschliche Verhalten eine Rolle spielen, so kann zwischen äußeren und inneren Bedingungen unterschieden werden. Jedoch auch äußere Bedingungen sind nur in ihrer inneren, psychischen Repräsentanz bedeutsam. Zwischen äußerer Bedingung und innerer Repräsentanz geschehen eine Anzahl von Veränderungen, die ALLPORT schon 1954 für soziale Tatbestände beschrieben hat. Äußere und innere Bedingungen sind interdependent.

Die Summe der äußeren Bedingungen sei nachfolgend als "Situation" bezeichnet; die inneren Bedingungen seien unterschieden nach "zeitweiligen" und "überdauernden", wobei die Trennung zwischen beiden nicht immer scharf zu ziehen ist. So erscheint es etwa HERRMANN (1972, p. 66 f.) sinnvoll, weiter zu differenzieren. Das Verhalten ist nach diesem Autor eine Reaktion auf die Situation, auf organische Variablen und auf "objektive" wie "subjektive" Außenvariablen. Ein ähnlicher Ansatz findet sich auch bei CATTELL (1973, p. 29 f.) der nach Variablengruppen ordnet, wobei die "Person" als eigentlicher Forschungsgegenstand am weitesten differenziert wird. Hiernach ist das Verhalten eine Funktion der Situation und der Person:

$$R = f\,(S.\,P.).$$

Weiter betont der Autor, daß neben den Persönlichkeitszügen auch Stimmungen und vorübergehende Zustände das Testergebnis (i.e. Verhalten) beeinflussen können.

In der vorliegenden Arbeit wird in Anlehnung an GUILFORD (1974) unterschieden nach

- Situation, hierunter ist hauptsächlich die Klinikssituation zu verstehen,
- zeitweiligen organischen und motivierenden Bedingungen, hier werden hauptsächlich körperlich/medizinische Variablen erfaßt,
- Persönlichkeitszügen, wie sie von faktorenanalytisch arbeitenden Autoren verstanden werden.

2.211 Persönlichkeitszüge der abortwilligen Frau

Es besteht in der Literatur zum Problem kein Zweifel, daß die Persönlichkeit der Abortpatientin ein zentrales Kriterium darstellt, wenn es um die Vorhersage der psychischen Reaktionen auf diesen Eingriff geht. Die asthenische Patientin reagiert gelegentlich problematischer, als die psychisch starke. Eine Ausnahme besteht vielleicht bei jenen Autoren, die die naturgesetzlich bedingte Schädigung eines Trieb-, Instinkt- oder ähnlichen Anspruches annehmen.

Eine große Uneinheitlichkeit an Begriffen, Bezugssystemen und Theorien ist festzustellen, wenn es um das Verständnis dessen geht, was unter "Person, Persönlichkeit" subsumiert werden soll. In den seltensten Fällen wird explizit gesagt, welches Verständnis ein Autor von diesem Tatbestand hat. Hier liegt eine grundsätzliche Schwierigkeit, die einen Vergleich der verschiedenen Autoren problematisch erscheinen läßt. Eine Ausnahme stellen die per standardisierter Psychodiagnostika gefundenen Ergebnisse dar, bei diesen kann eine interpersonelle Vergleichbarkeit eher unterstellt werden. Hier ist jedoch der Vergleich zwischen den verschiedenen Instrumenten erschwert. Zur Frage wie gut die verwendeten Instrumente messen (Reliabilität) und was sie messen (Validität), gibt es eine umfangreiche Literatur.

In der faktorenanalytisch orientierten Persönlichkeitsforschung wird versucht, die Person mittels multivariater Meßmethoden zu erschließen. Die Persönlichkeit hat - in diesem Verständnis - eine Anzahl von Wesenszügen (traits), die durch Tests prinzipiell auffindbar sind. Die Anzahl dieser Züge schätzt CATTELL (1973) auf etwa 25, von denen aber nur 16 für die diagnostische Paxis als relevant angesehen werden. Diese 16 sind im

"16 P.F." dieses Autors enthalten. Ähnlich versteht EYSENCK (1956) die Persönlichkeit als ein Gewebe von Wesenszügen, von denen "Intro/Extraversion" und "Neurotizismus" zentrale Bedeutung zukommt. Der wichtigest Unterschied zwischen EYSENCK und CATTELL besteht wohl in der Anzahl der extrahierten Faktoren (BRENGELMANN, 1972, p. 338 f.). CATTELL benutzt teilweise nichtorthogonale, signifikant korrelierende Faktoren, aus denen dann durch eine erneute Faktorenanalyse Faktoren zweiter Ordnung extrahiert werden, die dann unabhängig voneinander sind. Die Nichtorthogonalität bei Faktoren erster Ordnung ist prinzipiell zu erwarten, da alle Faktoren im Gesamtbild der Persönlichkeit in wechselndem Maße aufeinander bezogen sind. Die so erhaltenen Faktoren zweiter Ordnung unterscheiden sich, so EYSENCK (1953, 1958), dann nicht wesentlich von seinen eigenen Faktoren. In der Tat ist CATTELL (1973) später dazu übergegangen, zwei der sechs Faktoren zweiter Ordnung übereinstimmend mit EYSENCK "Intro/Extraversion" und "allgemeine Angst" (Neurotizismus) zu benennen. Jedoch stellt CATTELL im Gegensatz zu GUILFORD (1974, p. 99 f.) fest, daß die Arbeit mit diesen Faktoren zweiter Ordnung einen Informationsverlust darstelle. GUILFORD vertritt die Auffassund, daß die verschiedenen Ordnungsniveaus je nach Erkenntnisinteresse resp. Anwendungsziel bedeutsam sind.

In diesem Verständnis, und auch unter Bezug auf EYSENCK (1951, 1953) stellt GUILFORD (p. 92 ff.) fest, daß es Persönlichkeitszüge von unterschiedlichem Allgemeinheitsgrad gibt. Auf der untersten Ebene der Persönlichkeitsstruktur, die kaum irgendeinen wesentlichen Grad von Generalisation aufweist, findet sich eine Vielzahl von Gewohnheiten mit relativ kleinem Spielraum und einer gewissen Konstanz. Diese "Gewohnheiten"[1] werden einer Faktorenanalyse unterzogen und führen zu "primären Wesenszügen", nach einer erneuten Faktorenanalyse extrahiert der Verfasser Syndrome, die er dem "Typusniveau" zuordnet. Prinzipiell sind weitere Faktorenanalysen denkbar und GUILFORD vermutet, daß die umfassenden EYSENCKschen Faktoren wie Neurotizismus, Psychose etc. noch über diesem Typenniveau anzusiedeln sind. Bezüglich des Interesses an Ergebnissen faktorenanalytisch gewonnener Persönlichkeitsbeschreibungen

---

1) GUILFORD spricht von einzelnen "Hexes", der Unterschied zur "Gewohnheit" kann in diesem Zusammenhang jedoch vernachlässigt werden.

verschiedener Ordnung vermutet der Autor, daß sich Mediziner am ehesten den Typenbegriffen zuwenden werden. Das mag zum Teil darin begründet liegen, daß diese den totalen Menschen zu erfassen wünschen. Typen scheinen eher den totalen Menschen abzubilden und mit ihnen läßt sich ökonomisch arbeiten. Daneben ermöglichen sie dem medizinischen Kliniker, den Menschen in einer Weise zu beschreiben, wie sie seinen diagnostischen Kategorien in etwa nahe kommt. So verwenden FAHRENBERG, SELG & HAMPEL (1973) die Begriffe "Nervosität, Depressivität, Gehemmtheit", die auch in vielen Arbeiten medizinischer Autoren Relevanz besitzen. Die von FAHRENBERG et al. gewählten Begriffe sind Teile des von ihnen vorgestellten Freiburger Persönlichkeits-Inventars (FPI), das auch in dieser Erhebung verwendet wird. Die Autoren betonen, daß ihr Instrument auch in der klinischen Individualdiagnostik angewendet werden kann, "es ist gleichermaßen als Instrument für Forschung und Praxis gedacht" (p. 7).

2.212 Zeitweilige organische und motivierende Bedingungen

Die Variablen dieses Bereiches gehören ebenso wie die vorhergehenden zu den "inneren Bedingungen", die für das menschliche Verhalten bedeutsam sind; sie werden jedoch im Gegensatz zu den Persönlichkeitszügen als weniger überdauernd angenommen. Der Organismus bringt von sich aus einige Bedingungen in die Situation, die das Verhalten mitbestimmen. "Eine dieser organischen Bedingungen, und zwar eine sehr wesentliche, ist der allgemeine Gesundheitszustand eines Menschen" (GUILFORD, 1975, p. 33). Die Grenze zu den Persönlichkeitszügen ist natürlich fließend. Und man kann feststellen, daß etwa eine längere Krankheit oder eine irreversible organische Veränderung (Amputation, Lähmung, Sterilisation) die Persönlichkeitszüge zu beeinflussen vermag. Kehrt ein Mensch nach Fortfall ungewöhnlicher organischer Bedingungen und damit einhergehender psychischer (Ausnahme-)Erscheinungen wieder seine früheren Wesenszüge hervor, so zeigt sich, daß stabile Merkmale vorhanden sind, die diesem Menschen als relativ konstant zugehörig anzusehen sind. Zu diesem Bereich werden in der vorliegenden Erhebung Daten von den Patientinnen selbst sowie vom behandelnden Mediziner erfragt, so etwa Selbstbefinden und Allgemeinzustand.

2.213 Situative Einflüsse

Es wird in der medizinischen Literatur mit Recht angenommen, daß die gesamte Situation, in der sich die Abortpatientin befindet, mit ausschlaggebend ist, wie auf diese Operation psychisch reagiert wird. Zur "unmittelbaren Situation (gehören) alle diejenigen Energien ..., die im Augenblick auf den Organismus einwirken" (GUILFORD, 1975, p. 29). Dazu gehören alle Sinnes- oder Wahrnehmungsfunktionen. Diese Energien stehen in Abhängigkeit von den beteiligten Personen und deren Vorerfahrungen, deren Erwartungen und Einstellungen. So werden sich Arzt, Schwestern und Abortpatientin in einer katholischen Frauenklinik anders verhalten als etwa in einer der hier untersuchten niederländischen Polykliniken. Dieses "miteinander umgehen" hat Einfluß auf die periabortative Psychodynamik und auf potentielle Irritationen. Die Situation soll hier auf die Dauer des Kliniksaufenthaltes begrenzt verstanden werden und pro Klinik und Patientin als konstant oder zumindest zufallsmäßig verteilt angenommen werden. In wieweit zwischen den Kliniken resp. Kliniksgruppen (Inland-Ausland) Unterschiede auftreten, wird zu prüfen sein.

Es ist zu fragen, in wieweit die jeweils spezifische Situation Einfluß auf die Befragung selbst hat. Dem unten (Kap. 2.221) angesprochenen Problem des Interviewer-Effektes wurde versucht zu begegnen, indem die Fragebögen vom Klinikspersonal ausgegeben und gesammelt wurden. Auf diesem Wege wurde der "Interviewer" zum Teil der Kliniks-Situation, die ihrerseits mituntersuchte Variable ist.

Weiter waren Schwierigkeiten bei der Erhebung zu erwarten, da es sich beim Abort um einen doppelt tabuisierten Tatbestand handelt. Doppelt tabuisiert ist dieser Tatbestand, weil es sich (1) um etwas aus dem Intimbereich handelt und (2) bei den Gruppen 1-3 um etwas, was gesetzwidrig ist.

Ad (1) hat v. FRIEDEBURG schon 1953 auf die unter Umständen auftretenden Schwierigkeiten hingewiesen, stellt jedoch per saldo fest, daß die Verweigerungsquote im Intimbereich nur unwesentlich höher liegt als bei solchen Befragungen von allgemeinem oder politischem Interesse (25 % Verweigerer beim Intimfragen gegenüber 12-20 % bei allgemeinen Fragen; p. 9).

Ad (2) mußte Sorge getragen werden, daß die Probandinnen sich völliger Anonymität sicher waren. Dies wurde einmal durch einen entsprechenden

Hinweis erwirkt. Weiter wurde der Furcht vor Identifikation entgegengewirkt, indem alle Fragen vermieden wurden, die eine Identifikation tatsächlich ermöglicht hätten und außerdem mußten Fragen, die sich etwa auf den Wohnort, Beruf etc. bezogen, so angeordnet werden, daß die Probandinnen nicht befürchten mußten, durch ein geschicktes "Fragennetz" dennoch identifiziert werden zu können. Die wenigen, dennoch auftretenden Abbrüche geschahen charakteristischer Weise bei der Frage nach der Wohnortgröße.

2.22 Theoretische Aspekte zur Darstellung der Persönlichkeit

Betrachtet man einschlägige Monographien zur Persönlichkeitsforschung (z.B. CATTELL, 1973; GUILFORD, 1974; HERRMANN, 1972) so wird einhellig eine große Varianz an Persönlichkeitsbegriffen konstatiert. Damit einher gehen Bemühungen dieser Autoren etwa auf faktorenanalytischem Wege die Persönlichkeit zu strukturieren und so mißverständnisärmer mitteilbar zu machen.

Es kann an dieser Stelle nicht die Diskussion um die Frage referiert werden, in wieweit die "Persönlichkeit" mit Hilfe mathematischer Verfahren dargestellt werden kann. Hier sollen nur einige Aspekte zu den beiden Gruppen von Verfahren erörtert werden, die im Zusammenhang mit einem Abort verwendet werden. Die Persönlichkeit der abortwilligen Frau wird einmal anamnestisch mit Augenscheinvalidität erhoben und bei einigen Autoren zusätzlich mit Hilfe standardisierter Psychodiagnostika.

2.221 Persönlichkeitsbeschreibung mit Augenscheinvalidität

Es ist zu fragen, ob nicht die Situation des Arzt/Patienten-Gesprächs geeignet ist, beim Patienten Verhalten (Aussagen) zu produzieren, das für diese Situation spezifisch ist und von dem in anderem Bezug abweicht. Wie hoch ist die diagnostische Valenz einzuschätzen bei einem solchen tabuierten Problemkreis, wie dem der Abtreibung?[1]. Solchen Gefahren zu begegnen muß COUCHERON-AAMON (1967) es wohl vorgezogen haben, Frauen nach einem abgelehnten Antrag auf Abort nicht in der Klinik, sondern jeweils in der vertrauten Umgebung der eigenen Wohnung zu befragen.

1) Das Explorationsgespräch des Psychotherapeuten wird solche Probleme berücksichtigen und soll hier ausgeklammert bleiben.

Gleichwohl berichtet die Verfasserin: "Die psychologischen Voraussetzungen für eine katamnestische Untersuchung erwiesen sich als äußerst ungünstig. Fast alle Patientinnen wollten mit der Klinik nichts mehr zu tun haben ... Nicht wenige schimpften in aggressiver, unreflektierter Weise auf die Klinik ... andere waren der Klinik dankbar für ihre damalige Entscheidung ... Fast immer schilderten die Frauen zunächst noch einmal genau die Situation, aus der heraus sie den Antrag gestellt hatten, wobei der Eindruck entstand, daß sie sich vor sich selbst und der Klinik rechtfertigen wollten. Meist war es ihnen unangenehm, daß sie den Wunsch auf Interruptio überhaupt geäußert hatten. Trotz dieser Einstellung waren sie zugleich der Ansicht, die Klinik habe sie falsch beurteilt". Es manifestierte sich eine deutliche Ambivalenz, die sich auch im Verhalten gegenüber den ungewollten Kindern niederschlägt.

Hier wird deutlich, welchen psychischen Belastungen eine Frau ausgesetzt ist, wenn sie von einer Ärztin auf ihr vormaliges Ansinnen auf Abort angesprochen wird. Nicht nur, daß sie wegen ihrer Mutterrolle Gewissensängsten ausgesetzt ist, vor allem gibt es auch keine sozial anerkannte Rolle der Schwangerschaftsunterbrecherin. Sie kann keinen Schutz in einer affektiv zumindest indifferenten Rolle finden. Sie kann sich nur als Frau darstellen, die vormals Abortintentionen hatte. Dazu kann es gehören, gegenüber einem Vertreter der offiziellen Moral, wie ein Arzt ihn darstellt, "der Klinik dankbar (zu sein) für ihre damalige Entscheidung" gegen den Abort, dazu kann Rechtfertigung gehören und in einigen Fällen auch Aggression. Wegen der mangelnden Durchschaubarkeit der diesbezüglichen Realität (nämlich, daß es möglicherweise ebensoviele Aborte wie Geburten gibt) sieht sich die Abtreiberin als jemand, die von einer allakzeptierten Norm abweicht. Solche Erfahrungsstrukturen bezeichnet LAING (1972, p. 70) als "Pseudo-Realitäten: alle glauben, alle anderen würden daran glauben". Die Interaktion zwischen Arzt und Patient wird wesentlich von Vorstellungen mitbestimmt, die außerhalb des Einzelnen geprägt wurden. Im Zuge der Sozialisationen[1)] werden Meinungen und Einstellungen erworben, die als Selbstverständlichkeiten nicht reflektiert werden oder als normative Gehalte akzeptiert werden. "Soweit be-

---

1) Mit diesem ungebräuchlichen Plural soll angedeutet werden, daß Menschen unter Umständen in ihrem Leben mehrmals sozialisiert werden, etwa, wenn sie in einen Beruf, eine Institution, eine Gruppe hineinwachsen.

tonte DURKHEIM (1895) völlig zu Recht, daß Kollektivvorstellungen schließlich als Dinge erfahren werden, außerhalb von jedermann ... Eine soziale Norm kann jedermann drückende Verpflichtungen auferlegen, obwohl nur wenige Leute sich mit ihr identifizieren mögen" (LAING, 1972, p. 69). Wenn BALINT (1957, p. 38 f.) vom "Medikament Arzt" spricht und mangelnde Kenntnis in Bezug auf Dosierung, Risiken und Nebenwirkungen beklagt, dann unterstreicht der Autor die Bedeutung des Arztes im psychosomatischen Geschehen des Patienten. Es ist zu fragen, in welchem Umfang das Arztverhalten in der periabortativen Psychodynamik einen irritierenden Beitrag zu leisten vermag, zumal, wenn der Arzt so etwas wie "Schuldgefühle" entwickelt oder gar signalisiert (BECK, 1964; HEISS, 1967, p. 332).

Zu den sozialpsychologischen Faktoren psychologischen Experimentierens und damit - cum grano salis - auch medizinischer Anamnese haben jüngst etwa HERKNER (1975), MERTENS (1975) oder TIMAEUS (1974) kritisch Stellung genommen. TIMAEUS (p. 20 f.) fragt, in wieweit Problematisierung, Theorie und Hypothesen eine "Funktion des jeweiligen Forschers" seien. Insbesondere in der Erhebungssituation kommen möglicherweise Erwartungshaltungen des Versuchsleiters (analog: Interviewer, Anamnese erhebender Arzt) zum Tragen, die von keinem der Beteiligten intendiert oder registriert werden. So weisen empirische Untersuchungen von DYMOND (1948), BENDER et al. (1953) und KERR et al. (1955) darauf hin, daß das Einfühlungsvermögen als gesprächsdiagnostische Valenz sehr problematisch ist (SCHRAML, 1971). Das Phänomen ist - nach TIMAEUS - unter verschiedenen Namen und in Abwandlungen seit MOLL (1898) bekannt: "the prophecy causes its own fulfillment". In einer "dem methodenkritischen Denken seiner Zeit weit vorausgeeilten" (MERTENS, p. 49) Analyse macht ROSENZWEIG bereits 1933 auf psychologische Probleme in der Experimentalsituation aufmerksam.

Einen größeren Bekanntheitsgrad erlangte das Problem unter der Bezeichnung "self-fulfilling-prophecy" (MERTON, 1948) und wurde von ROSENTHAL & FODE 1961 unter dem Begriff "experimenter bias" neu untersucht und unter dem Namen "Pygmalion" für die pädagogische Praxis fruchtbar gemacht (ROSENTHAL & JACOBSON 1971). Im deutschsprachigen Raum wurde Analoges von PFUNGST (1907) am "Phänomen des klugen Hans" untersucht, wenngleich auch mit anderen Intentionen. Als "Interviewereffekt"

benannt, faßten HYMAN et al. (1954) die diesbezügliche Diskussion zusammen und mit Blick auf die Versuchsperson (analog: Patient) findet ORNE (1959) die "demand characteristic".

Für die medizinische Praxis erkennt etwa KIRCHHOFF (1972) dieses Problem, wenn er zu bedenken gibt, daß "subjektive Einstellung" und "emotionelle Erwägungen" des Untersuchers eine "nicht unwesentliche Rolle" spielen. KIRCHHOFF nimmt hier Stellung zu Untersuchungen, die sich mit dem Abort beschäftigen, jedoch ist eine Generalisierung für die Anamnese schlechthin nicht abwegig. So beklagt IRLE (1975), p. 14 f.) eine mangelnde Bereitschaft, die Erkenntnisse angrenzender Wissenschaftsdisziplinen zur Kenntnis zu nehmen und einzubeziehen. In der klinischen Medizin wird von vielen ihrer Vertreter die Anamnese als spezifische Methode medizinischer Diagnose angesehen. "Diese Methode besteht darin, daß ihr Anwender mehr oder weniger systematisch und mehr oder weniger vollständig den Patienten nach seiner ... Krankengeschichte ... abfragt." Was und wie immer der erhebende Arzt fragt, er bekommt als Reaktionen verbale Daten, unter Umständen dazu schriftliche Dokumente." Alle Sozialwissenschaftler, soweit sie sich in der Interview-Methode auskennen, werden sofort neugierig und suchen den Fragebogen und seine methodischen Wertkriterien als Meßinstrument kennenzulernen. Sie stellen dann mit Verblüffung fest, daß seit Jahrzehnten die Methode der Anamnese und des Interviews nebeneinander benutzt werden, ohne daß ihre Identität als Methode ernst genommen wurde. Es existiert eine fortgeschrittene Methodologie des Interviews, die ihrerseits der Test-Methodologie in der Psychologie erheblich nachhinkt und die dennoch von vielen medizinischen Diagnostikern ignoriert wird". Der Annahme, "die anamnestische Methode sei essentiell etwas anderes als ein Interview, weil sie klinische - nur von Medizinern zu diagnostizierende - Fakten identifiziere, während das Interview nur zur Identifikation von Meinungen diene" tritt der Verfasser entgegen, da "beide Methoden, richtiger: diese ein und die selbe Methode nichts als verbales Verhalten provoziert und registriert". "Alles, was wir jemals von einem anderen Menschen wissen können, wird durch sein Verhalten vermittelt, wobei dieser Begriff in seiner weitesten Bedeutung gefaßt ist", schreibt in diesem Sinne EYSENCK (1965).

Zusammenfassend kann hier gesagt werden, daß der Respons des Probanden (Patienten) als Resultante aller Stimuli in der Befragungssituation

aufgefaßt werden muß, wobei die Frage (oder sonstiges Testmaterial) eben nur ein Stimulus unter vielen ist. Im günstigen Fall ist der Teststimulus gegenüber allen anderen dominant und/oder die Störstimuli sind konstant und/oder kontrolliert.

2.222 Persönlichkeitsbeschreibung mit standardisierten Instrumenten

Im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen werden an standardisierter Instrumente hauptsächlich das MMPI verwandt, daneben der 16 P.F. und im weiteren Themenkreis auch das MPI. Bei dem MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, HATHAWAY & McKINLEY) handelt es sich um "einen in der klinischen Psychologie äußerst verbreiteten Persönlichkeitsfragebogen" (BLASER et al., 1975). Es ist auf faktorenanalytischem Wege entstanden. "Ausgangspunkt der Entwicklung ... war nicht eine Theorie der Persönlichkeit, sondern die Klinik: der MMPI verwendet die Terminologie des Klinikers und korreliert klinische Tatbestände mit dem in der Beantwortung der Fragen zum Ausdruck kommenden verbalen Verhalten. Durch dieses empirische Konzept bedingt, konnte der MMPI dauernd weiterentwickelt werden, der MMPI konnte sich der Entwicklung der Psychiatrie anpassen ..." (BLASER & GEHRING 1972, p. 7). Zum MMPI gibt es eine deutschsprachige Ausgabe, die Auswertung per Computer ist möglich. Der Test hat zehn klinische Skalen sowie vier Validitätsskalen und - nach Bedarf - Spezialskalen. Die klinischen Skalen sind einzeln als auch in ihrer Konfiguration interpretationsfähig. Die Skalen haben die Namen: Hypochondrie, Depression, Hysterie, Psychopathie, Maskulinität/Femininität, Paranoia, Psychasthenie, Schizoidie, Manie und Introversion/Extraversion. Drei Skalen überprüfen die Lügentendenz, Simulation und Dissimulation. Der Fragebogen hat 566 Items, die mit richtig/falsch zu beantworten sind.

Der 16 P.F. (Sexteen Personality Factor Questionaire) ist nach seinem Autor CATTELL ebenfalls für die klinische Arbeit gedacht. Im Gegensatz zum MMPI, der - so CATTELL (1973, p. 289) - Oberflächenwesenszüge erfaßt, werden beim 16 P.F. Grundwesenszüge erhoben. Der Verfasser vermutet, daß mit der weiteren Übernahme von Fragebögen in die klinische Arbeit, Instrumente beider Typen Verwendung finden werden, da sie gemeinsam diagnostisch sehr ergiebig sein können. Analog äußert

sich GUILFORD (1974, p. 99 f.), wenn er vermutet, daß die Wesenszüge der verschiedenen Niveaus je nach Fragestellung von unterschiedlichem Interesse sein dürften.

Der 16 P.F ist nach persönlichkeitstheoretischen Gesichtspunkten auf faktorenanalytischem Wege entstanden und erachtet 16 Faktoren (Grundwesenszüge) für die Persönlichkeitsdiagnostik als relevant. Die einzelnen Faktoren sind sowohl einzeln als auch in ihrem Profil interpretationsfähig. Die einzelnen Faktoren sind:

Beschreibung des "Pols" mit niedrigen Testwerten	Faktor		Faktor	Beschreibung des "Pols" mit hohen Testwerten
Zurückhaltend (Sizothymie)	A -	vs.	A +	Aus. sich. herausgehend (Affektothymie)
Weniger intelligend (niedriges "g")	B -	vs.	B +	Intelligenter (hohes "g")
Gefühlvoll, labil (niedrige Ich-Stärke)	C -	vs.	C +	ausgeglichen, beständig (hohe Ich-Stärke)
Demütig, bescheiden (Unterwürfigkeit)	E -	vs.	E +	Selbstbehauptend, bestimmt (Dominanz)
Nüchtern (Desurgency)	F -	vs.	F +	Unbekümmert (Surgency)
Berechnend (niedrige Überich-Stärke)	G -	vs.	G +	Gewissenhaft (hohe Überich-Stärke)
Scheu (Threctia)	H -	vs.	H +	Unternehmungslustig (Parmia)
Grobschlächtig (Harria)	I -	vs.	I +	Zartbesaitet (Premsia)
Vertrauensvoll (Alexia)	L -	vs.	L +	Mißtrauisch (Protension)
Praktisch (Praxernia)	M -	vs.	M +	Identisch (Autia)
Geradeheraus (Ungeniertheit)	N -	vs.	N +	Schlau (Scharfsinn)
Ruhig, gelassen (Zuversicht)	O -	vs.	O +	Furchtsam (Schuldneigung)
Konservativ (Konservatismus)	Q1 -	vs.	Q1 +	Experimentierfreudig (Radikalismus)
Gruppenverbunden (Gruppenabhängigkeit)	Q2 -	vs.	Q2 +	Eigenständig (Eigenständigkeit)
Lässig (niedrige Integration)	Q3 -	vs.	Q3 +	Beherrscht (hohe Selbstvorstellung)
Entspannt (niedrige ergische Spannung)	Q4 -	vs.	Q +	Gespannt (Ergische Spannung)

CATTEL (1973, p. 319)

Das MPI (Maudsley Personality Inventory, EYSENCK 1959) ist aus der klinischen Arbeit seines Verfassers auf faktorenanalytischem Wege entstanden. Es erfaßt nur zwei als wesentlich angesehene Hauptfaktoren der

Persönlichkeit: Neurotische Tendenz und Extraversion. Dieser Fragebogen hat 80 Items, die mit yes/no zu beantworten sind. Er wurde von BRENGELMANN & BRENGELMANN (1960) ins Deutsche übersetzt und neu validiert. Zu diesen Instrumenten wurde von WIENDIECK & LÜCK (1969) eine Kurzform von je sechs Items pro Skala entwickelt, die auch in der vorliegenden Untersuchung Verwendung fanden. Die Extra-/Introversionsskala hat in der Kurzform eine Reliabilität (split half) von r = 0.71, die Skala der Neurotischen Tendent hat r = 0.79. Die zusätzlich verwendete Regiditätsskala hat eine Reliabilität von r = 0.52 [1].

Ebenfalls Verwendung in der vorliegenden Untersuchung fand das Freiburger Persönlichkeits-Inventat (FPI) von FAHRENBERG, SELG & HAMPEL. Es handelt sich hierbei um einen mehrdimensionalen Persönlichkeitstest, der im klinischen und nichtklinischen Bereich zur Diagnostik einiger wichtiger Eigenschaftsbereiche dienen kann. Die Gesamtform enthält 212 Items, die der Proband selbständig nach einer gedruckten Anleitung beantworten kann. Diese Tatsache war im gegebenen Zusammenhang bedeutsam, da die Anwesenheit eines Versuchsleiters in den Befragungssituationen vermieden werden sollte. Das FPI hat neun Skalen sowie drei Sonderskalen.

FPI 1 (Nervosität)	FPI 7 (Dominanzstreben)
FPI 2 (Aggressivität)	FPI 8 (Gehemmtheit)
FPI 3 (Depressivität)	FPI 9 (Offenheit)
FPI 4 (Erregbarkeit)	FPI E (Extraversion)
FPI 5 (Geselligkeit)	FPI N (Emotionale Labilität)
FPI 6 (Gelassenheit)	FPI M (Maskulinität/Femininität)

Außer der Gesamtform gibt es eine Kurzform mit je sechs Items pro Skala (Konsistenzkoeffizienten zwischen 0.63 und 0.80) sowie zwei Halbformen.

---

1) Rigidität ist ein physiologischer und psychologischer Begriff. Hier wird im psychologischen Sinn darunter verstanden "die Unfähigkeit oder nur eingeschränkte Fähigkeit ... sich angesichts der Veränderung der objektiven Bedingungen in Handlung oder Einstellung von einmal eingeschlagenen Handlungs- oder Denkwegen zu lösen und angemessenere (angepaßtere) zu wählen" (DREVER et al. 1970).

Die neun wichtigsten Dimensionen (Faktoren) dieses Inventars werden in den genannten neun voneinander weitgehend unabhängigen Skalen erfaßt. Individuelle Unterschiede repräsentieren interindividuelle Unterschiede in der Ausprügung der zugrundeliegenden gemeinsamen Faktoren.

Bei Durchsicht der Literatur zum Schwangerschaftsabbruch zeigt sich, daß - methodisch nicht zwingend - die meisten ideographisch arbeitenden Autoren in der Form mündlicher Befragung erheben, während die nomothetisch orientierten Autoren die Schirftform bevorzugen. FRIEDRICH (1970, p. 40 f.) stellt diese beiden Vorgehenweisen einander gegenüber. Neben erhebungsökonomischen Vorzügen ist wohl der Fortfall des Interviewereffektes ein starkes Argument für den Fragebogen. Auf Mechanismen, die in die Arzt-Patient-Dyade eingreifen, wurde oben (Kap. 2.221) hingewiesen. Weiter hebt der Autor hervor, daß schriftliche Beantwortungen in der Regel durchdachter und überlegter sind. Vor allem aber kann in der schriftlichen Befragung die Anonymität gewahrt und wirklich überzeugend zugesichert werden. Dies ist ein wesentlicher Aspekt, wenn die Fragen - wie hier - in den Intimbereich zielen, tabuiertes und legal sanktioniertes Verhalten erforschen. Bei mangelndem Anonymitätsbewußtsein besteht Gefahr, daß der Befragte Antworten verfälscht, das Interview verweigert oder abbricht. Demgegenüber hat v. FRIEDEBURG (1953, p. 9) die Erfahrung gemacht, daß - auch im mündlichen Interview - die Verweigerungsquote nur unwesentlich höher liegt, wenn die Fragen auf den Intimbereich zielen, als wenn es sich um allgemein-politische Fragen handelt.

Als Nachteil schriftlicher Befragung kann gewertet werden, daß der Befragte den Fragebogen von der ersten bis zur letzten Frage übersehen kann und unter Umständen wegen der subjektiv zu großen Anzahl der Fragen von Anfang an Unmut entwickelt. Weiterhin kann die schriftliche Befragung - besonders wenn es sich um anspruchsvolle Fragen handelt - mehr Konzentration und Anstrengung erfordern und den Probanden so überfordern.

Zusammenfassend schreibt FRIEDRICH: "Wird das mündliche Interview bevorzugt, so nimmt man aber bei persönlich relevanten Fragen schwerwiegende Abbildungsfehler in Kauf".

2.23 Darstellung der Befunde: Persönlichkeit der abortwilligen Frau

In der Literatur werden diametral unterschiedliche Befunde genannt, sowohl wenn es um die Person der passiven Abtreiberin geht, als auch, wenn die Folgen dieses Eingriffes beschrieben werden. Eine ebenso große Heterogenität der Erhebungsmodi ist festzustellen.

SIEGFRIED (1951, p. 386 f.) etwa beschreibt einen Teil ihrer Abortpatientinnen in Begriffen wie "moralisch weniger hochwertig, stumpf, debil, hysterisch" - es sind dies die Patienten, die "einfach froh darüber" sind, daß ihre Gravidität abgebrochen wurde. Dieser Beschreibung hat BECK (1964) aus der Kenntnis seines Patientengutes differenziert widersprochen. Auch die Autoren, die ergänzend standardisierte Instrumente zur Psychodiagnostik verwenden, zeigen, daß die meisten Abortpatientinnen nach dem Eingriff kaum von der Eichpopulation abweichende Werte zeigen. Der überwiegende Teil der Untersuchungen im deutschsprachigen wie angloamerikanischen Bereich erheben psychische Tatbestände per Gespräch im Arzt/Patient-Dialog. Nur wenige Autoren verwenden zusätzlich standardisierte Psychodiagnostika, wie etwa das oben dargestellte MMPI.

Einen Überblick über die deutschsprachige Literatur geben SCHULTE et al. (1969), über die angloamerikanische von 1935 bis 1964 SIMON et al. (1969) und weiterführend dann OSOWSKY (1971). Eine international angelegte 'Abortion Bibliography' gibt seit 1970 FLOYD heraus. Einige quantitative Angaben aus dieser Bibliographie lassen die Entwicklung des wissenschaftlichen Interesses an diesen Problemen erkennen. So hatte die Ausgabe für 1970 118 Seiten, nannte insgesamt 18 Buchtitel (davon kein deutschsprachiger) und 42 Seiten Aufsatztitel (pro Seite ca. 15 Titel); unter dem Stichwort "Psychiatry" wurden 12 Titel genannt. Für 1973 die entsprechenden Zahlen: 304 Seiten, 52 Buchtitel (3 deutschsprachige), 77 Seiten Aufsatztitel, unter "Psychology" 22 Aufsätze. Unter genanntem Stichwort wurde in allen drei vorliegenden Ausgaben kein deutschsprachiger Titel aufgeführt.

Im folgenden soll keine Replikation der verschiedenen Bibliographien geliefert werden, sondern nur Aussagen über die Persönlichkeit der abtreibungswilligen Frau und über die psychischen Folgen dieses Eingriffs.

Zunächst werden die Berichte referiert, die ausschließlich per Gespräch erheben (mit Augenscheinvalidität), danach diejenigen, die sich (ggf. zusätzlich) standardisierter Instrumente bedienen (verschiedene Validitätskriterien). Um Aussagen über abortbedingte seelische Veränderungen machen zu können, ist es notwendig, den Psychostatus vor dem Eingriff zu diagnostizieren. Diese Diagnose ist in vielen Fällen durch die psychiatrische Indikationsstellung gegeben. Detaillierte Fallbeschreibungen in ideographischer Manier kennzeichnen dieses methodische Vorgehen. Hier soll eine Auswahl von Autoren zitiert werden, die sich um generalisierende Aussagen bemühen. Nach MÜLLER (1964, p. 203) ist der Frau nach einem "vererbten Triebgesetz ... das 'opus pro natura' aufgetragen. Die Frau ist ihrem Wesen nach vor allem Natur, Mutter, also Erhalterin der Art. Die Beschränkung der Kinderzahl, der vollständige Verzicht auf Kinder, erweist sich als individueller Sieg über die individuelle Aufgabe und Anlage. Es entstehen Disharmonien zwischen persönlichen und ererbten Zielen der menschlichen Art. Die Abtreibung wird zum psychischen und biologischen Trauma ...". In ähnlicher, naturgesetzlicher Denkungsart vermutet HEISS (1967, p. 318 f.), daß sich bei Frauen, die einem Schwangerschaftsabbruch zustimmen "eine Trotzreaktion gegenüber der Schwangerschaft herausgebildet habe und es "ist ferner das Fehlen des Mutterinstinktes, der sich in der ganzen Natur mit elementarer Gewalt durchsetzt, und das Fehlen der seelischen Haltung der Uneigennützigkeit, von Hilfsbereitschaft, Fürsorge, Zärtlichkeit, Sanftmut und Trieb des Hegens und Pflegens. Die Schwere wie Dauer der 'Abnormität' sind vom Wesen der Frau selbst abhängig; beide sind bedingt durch die persönliche Einstellung der Mutter zur Frucht, die wiederum die Summe ihrer Weltanschauung und des Naturtriebs ist". SIEGFRIED (1951) befragte N = 61 Frauen, die einen Antrag aufgrund psychiatrischer Indikation gestellt hatte. Zur Heredität der Antragstellerinnen schreibt die Verfasserin: "Wie zu erwarten war, erwies sich das familiäre Vorkommen anderer Geisteskrankheiten und affektiver Abnormitäten ... als wesentlich höher im Vergleich zur Belastung einer Durchschnittsbevölkerung". Bezüglich der Persönlichkeit wird berichtet, daß 15 Patientinnen "unauffällig" waren, davon eine leicht debil, 25 Patientinnen waren "auffällig innerhalb der Norm" (davon fünf leicht debil) und bei 21 Patientinnen wurde "Psychopathie" diagnostiziert (davon sieben leicht debil). Die Mehr-

zahl erschien schon anlagemäßig irgendwie weniger widerstandsfähig ...". Eine Auflistung der praeabortativen Diagnostik ergibt folgendes Bild:

24 Patientinnen reaktive Depression bei schwerer chronischer nervöser Erschöpfung
4 Patientinnen desgleichen bei Debilität
2 Patientinnen chronische nervöse Erschöpfung und Depression bei Psychopathie
2 Patientinnen reaktive Depression und Erregung bei Debilität
1 Patientin desgleichen bei Psychopathie
2 Patientinnen desgleichen bei debiler Psychopathie
9 Patientinnen Depression und neurotische Störung
7 Patientinnen desgleichen bei Psychopathie
4 Patientinnen desgleichen bei debiler Psychopathie
4 Patientinnen Depression und fraglich beginnende Psychose, davon
1 Patientin konstitutionell auffällig und
3 Patientinnen psychopathisch.

Die von 1950 bis Januar 1964 in der Tübinger Nervenklinik auf psychiatrische Indikation begutachteten Patientinnen wurden von SCHULTE (1966) katamnestisch untersucht. Bei N = 40 Patientinnen wurde ein Abort bewilligt. Es wird unterschieden zwischen neurologischer und psychiatrischer Indikation. 26 Patientinnen werden als insgesamt unauffällig bezeichnet, 13 als asthenisch und eine als schizophren. Von den 18 Patientinnen, deren Differenzierungsgrad mitgeteilt wird, werden 13 als ausgesprochen differenziert bezeichnet und fünf als organisch bedingt verlangsamt, kritikschwach. Bezüglich der Affektivität wird berichtet, daß 4 gefühlsarm sind und 36 sensibel, gewissenhaft und von mindestens durchschnittlicher Mütterlichkeit.

JANSSON (1965) teilt mit, daß 50 % seines Patientengutes vor einem Abort bereits einen "previous psychiatric contact" hatten (N = 34). Diese Zahl ist mit der Tatsache zu relativieren, daß auch in der schwedischen Begutachtungspraxis die psychiatrische Indikation einen großen Anteil ausmacht. Betrachtet man Frauen, die sich einen Abort unter Umgehung einer Begutachtung ermöglichten, so sinkt der Anteil der Patienten mit derartigen Kontakten auf 34.9 %.

Bezüglich der "Personality attitudes" unterscheiden sich Abortpatientinnen gegenüber Wöchnerinnen um eine höhere Frequenz an "hysteroid attitude" (75.0 % gegenüber 53.9 %; t = 2.3). Hingegen fand der Autor keine signifikanten Unterschiede in den Skalen "Syntonic, Astenic, Schizotymic". Auf die Bedeutung des Alters der Patientin macht BERGH (pers. Mittlg.) aufmerksam. Jüngere Mädchen sind bei einem bevorstehenden Abort mitunter stärker irritiert, so daß eine Vollanästhesie indiziert ist.

KIMBALL (1970) interviewte N=40 ungewollt gravide Frauen ein bis zwei Stunden in "an open-ended, nondirective interview ... The Patient was urged to present her feelings and develop her story with as much spontaneity as possible", die Interviews wurden auf Tonträger aufgezeichnet und anschließend analysiert. Bezüglich psychiatrischer Krankheiten wird berichtet, daß nur bei N = 10 "manifest psychiatric disorders" fehlen; bei den Diagnosen dominieren "Personality disorders" mit N = 10, "Neurosis" (other than depressive) N = 7, und "Depressive neurosis" N = 5. Der Autor schließt, daß diese "tabulation suggest that while the seeking of abortion may not imply a 'psychiatric problem', a large number of candidates have psychiatric problems antedating conception".

LEVENE et al. (1970) benutzen eine 18 Items unfassende "Depression Rating Scale" und befragten N = 70 Frauen, die einen Antrag auf psychiatrisch indizierte Interruptio stellten. Die Autoren klassifizierten 35.7 % ihrer Patientinnen als "hysterical, emotionally unstable or emotionally immature personality", 21.4 % als "schizophrenic, schizoid, borderline" und 14.3 % als "passive dependent personality". Diese Zahlen "must be taken most cautiously; they werde made after retrospectively reviewing ... consultative letters to the gynecologists".

SIMON et al. (1967) untersucht N = 65 Patientinnen, die einen Antrag auf Abort gestellt haben. Davon werden N = 21 auf psychiatrische Indikation erkannt: 11 Neurotic depression, je 4 Schizophrenia und Psychotic depression und 2 Personality trait disturbance. Neben der psychiatrischen Diagnose wird in dieser Untersuchung das MMPI verwendet. PECK (pers. Mittlg.) berichtet, daß von den von ihm untersuchten Patientinnen (N = 50) 50 % aufgrund einer psychiatrischen Indikation interrupiert wurden. Hier herrscht "Schizophrenia" mit 36 % vor, 12 % zeigten "Depressive reactions" und 2 % "Neurotic character disorders".

FORD et al. (1971 b) "found it useful to conduct relatively unstructured interviews" bei 500 Frauen, die einen Antrag auf Abort stellten. Die Verfasser unterscheiden zehn Typen von Frauen, von denen vier normalerweise keine Überweisung an einen Psychiater benötigen, vier, die dieses öfter benötigen und zwei, die dies immer erforderlich machen:

A) Patientinnen, die meist keine psychiatrische Betreuung benötigen

1. "Tired mothers", Frauen, meist im dritten Lebensjahrzehnt mit drei oder mehr Kindern und mit begrenzten finanziellen Möglichkeiten. Sie fragen oft nach um eine Sterilisation.
2. Frauen mit "Character Disorders" sind im Regelfall jünger, verheiratet und haben einige Kinder, sie sind impulsiv mit eingeschränkten Beurteilungsfähigkeiten. Sie benutzen Kontrazeptiva unregelmäßig und werden oft schwanger unter Drogen- oder Alkoholeinfluß. Vorhergegangene illegale Aborte sind nicht selten, sie präsentieren sich in einem depressiven emotionalen Zustand und zeigen oft suizidale Intentionen für den Fall, daß ihre Schwangerschaft nicht unterbrochen würde.
3. Frauen mit "Contraceptive Failures" nehmen einen nicht geringen Anteil der zu begutachtenden Frauen ein. Oft liegt dem ein Mangel an Kenntnissen über Kontrazeption zu Grunde.
4. Frauen mit religiösen oder moralischen Konflikten sind oft "tired mothers" oder solche mit "contraceptive failures". Bei diesen Frauen ist mit Vorsicht und Einfühlung zu verfahren.

B) Frauen, die öfters eine psychiatrische Betreuung benötigen

1. "Hysterics", die Konflikte im sexuellen Bereich haben. Der Psychodynamik dieser Frauen liegen Konflikte bezüglich ihrer weiblichen Identität und Mutterschaft zugrunde, die zu einer beträchtlichen Ambivalenz bezüglich ihrer Schwangerschaft führt.
2. "Women who Truly do not Want Abortion", also Frauen/Mädchen, wo typischerweise eine andere Person die treibende Kraft ist (Freund, Mutter, Mann). In solchen Fällen ist ein Interview mit der Schwangeren allein notwendig, um ihren wahren Wunsch zu erfahren.
3. Frauen in "Life Crisis" mit einer Vielzahl gleichzeitiger aktueller Probleme, zu der auch noch eine ungewollte Schwangerschaft kommt. Oft erscheint diesen Patientinnen der Abort als Lösung aller oder doch einiger Probleme. Dieses mag für einige Probleme zutreffen und ist mit der Patientin zu besprechen. Oft ist - womöglich - eine ein- oder zweiwöchige Bedenkzeit sinnvoll.

4. "Nice Girls"-Mädchen, denen es mit ihrem Boyfriend eines abends 'passiert' ist ("got 'carried away' one evening"), und, weil nicht geplant, keine Kontrazeptiva angewendet haben. Dieses "Passieren" steht nicht selten im Zusammenhang mit familiären Spannungen oder Konflikten. Der Hinweis ist wichtig, daß diese Hintergründe nicht vonseiten der Patientinnen erkannt oder gar als Entschuldigung angeboten werden.

C) Frauen, die immer einer psychiatrischen Betreuung bedürfen

1. Frauen mit Psychosen oder einer psychotischen Vorgeschichte. In dieser Gruppe finden sich Frauen mit Symptomen für Schizophrenie, einer Vorgeschichte mit postpartum - Depressionen und manisch-depressiven Krankheiten.

2. Frauen mit schweren Depressionen oder resistenten Suizid-Gedanken. Diese recht kleine Gruppe entwickelte die Depression schon vor der Schwangerschaft oder auch als Reaktion auf diese. Eine psychiatrische Intervention ist in jedem Fall angezeigt.

Dieser differenzierten Typologie von FORD et al. folgt eine Anzahl von Berichten, deren Autoren mit standardisierten Instrumenten zur Psychodiagnose gearbeitet haben.

SIMON et al. (1967) erfaßten N = 65 Patientinnen vor und nach einem therapeutischen Abort. Neben anderen Diagnostika wurde auch das MMPI verwandt; die Werte von Patientinnen mit einer psychiatrischen Indikation werden solchen von Patientinnen mit medizinischer und kindlicher (Rubella) gegenübergestellt.

Es läßt sich erwartungsgemäß eine stärkere psychische Belastung der psychiatrisch indizierten Gruppe feststellen. Einem Durchschnitt über alle drei Gruppen von T = 59.7 auf der Depressionsskala steht gegenüber die

psychiatrisch indizierte Gruppe mit T = 67.3
medizinisch indizierte Gruppe mit T = 62.3
Rubella Gruppe mit T = 51.2

Das gesamte Sample zeigt vor dem Eingriff zu 28 % bedeutsame depressive Elemente. Auf der Psychopathieskala zeigen 37 % des gesamten Samples einen T-Wert von über 70, der eine klinisch signifikante Tendenz zur Psychopathie anzeigt.

Nach Gruppen aufgeschlüsselt zeigt sich folgenden Bild:

psychiatrische Gruppe	56 %	(% der Gruppe T über 70)
medizinische Gruppe	41 %	
Rubella Gruppe	16 %	

Die MF-Skala sagt etwas über den Bezug zur eigenen Geschlechterrolle aus. Geringe T-Werte für Frauen auf dieser Skala zeigen eine Tendenz an, mit der eigenen Geschlechterrolle in Konflikt zu treten. T-Werte unter 50 sind bedeutsam. Es zeigt sich in den

Gruppen:	psychiatr.	medizin.	Rubella	zusammen
T unter 50	62.5 %	58.2 %	72.2 %	65.2 %
T über 50	37.5 %	41.8 %	27.8 %	34.8 %
durchschnittl. T-Wert	44.4	48.7	44.1	45.4

BRODY et al. veröffentlichten 1971 die vollständigen MMPI-Profile einer Gruppe von Frauen, die einen therapeutischen Abort beantragten (N=117). Der Verfasser vergleicht diese Werte mit denen einer Kontrollgruppe (N = 58) von Frauen im gleichen Schwangerschaftsmonat. In einer Nachuntersuchung sechs und zwölf Monate nach dem Antrag vergleicht er Probandinnen nach abgelehnten Antrag mit solchen, bei denen der Abort befürwortet und durchgeführt wurde. Auf die Nacherhebung wird unten eingegangen. Zum Zeitpunkt vor der Entscheidung zeigten die Antragstellerinnen in fast allen zehn Skalen des MMPI erhöhte Werte gegenüber der Kontrollgruppe (mit Ausnahme der MF-Skala, die unbeeinflußt blieb). Die Antragstellerinnen zeigten die deutlichsten Abweichungen in den Depressions- und Schizoidie-Werten. Alle Unterschiede sind hoch signifikant ($p<0.01$).

Auch in einer Untersuchung von FORD et al. (1971 a) springt die MF-Skala als unbeeinflußt heraus. Dieser Autor vergleicht die MMPI-Werte von N = 22 Patienten vor dem Abort mit denen danach; auf eine Kontrollgruppe wurde hier verzichtet. Vergleicht man jedoch mit der Kontrollgruppe von BRODY (1971), stellen sich alle Werte (Ausnahme: MF) als über dem Durchschnitt heraus; die stärksten Abweichungen ergaben sich bei den Skalen Hypochondrie und Depression. Diese Ergebnisse finden ihre Unterstützung in einer Arbeit desselben Autors von 1972, in der er die MMPI-Profile von N = 40 Abort suchenden Frauen mit denen von

Frauen (N = 50) vergleicht, die ihre Gravidität austragen. Das Profil der Frauen vor dem Abort gleicht dem von 1971 und das der Schwangeren ähnelt dem der Frauen nach einem durchgeführten Abort.

PEREZ-REYES et al. (1973) untersuchten 13 bis 16jährige Mädchen vor (N = 21) und nach (N = 29) einem provozierten Abort und vergleicht die gefundenen Werte mit denen einer Kontroll-Population. Die deutlichsten Abweichungen zeigen sich in der Psychopathie- und Schizoidie-Skala; die MF-Werte bleiben hier sogar unter den Normwerten. Diese Abortpatientinnen sind mit ihrer Geschlechtszugehörigkeit etwas weniger einverstanden, als gleichaltrige Mädchen ohne einen Abort.

BLASER et al. (1975) vergleichen N = 251 Antragstellerinnen auf Abort mit erwünscht Schwangeren und einer Stichprobe weiblicher Neurotiker. Diese und die Untersuchungsgruppe zeigen ein ähnliches Profil mit höchsten Werten in den Skalen Depression, Hypochondrie und Hysterie. Die Ähnlichkeit legt nahe, daß die "unerwünscht Schwangeren phänomenal als 'neurotisch' bezeichnet werden können, was wohl nicht korrekt ist, wie wir noch zeigen werden." (s.Kap. 2.4). Es bestätigt sich auch hier, daß die MF-Skala als stabiles Persönlichkeitsmerkmal nicht zu trennen vermag. Mit dieser Ausnahme zeigt der Vergleich mit den erwünscht Schwangeren in allen Skalen der Antragstellerinnen höhere Werte.

In den bisher - in diesem Kapitel - beschriebenen Untersuchungen wurden die Abortpatientinnen getestet zu einem Zeitpunkt, zu dem sie noch nicht wußten, ob ihr Antrag auf Abort genehmigt würde oder nicht. Diese Unsicherheit mag zu den beobachteten Irritationen beigetragen haben.

NISWANDER et al. (1972) befragen dagegen zu einem Zeitpunkt, in dem die prospektiven Patienten wissen, daß ihr Antrag gebilligt wurde. Die Autoren befragten N = 107 Probandinnen mit dem MMPI, zur Kontrolle wurde eine Gruppe gravider Frauen herangezogen. Es werden vier Skalen bzw. Skalenkombinationen mitgeteilt, in denen die Abortpatientinnen signifikant ($p<0.01$) höheren Werte aufweisen. Es sind dies "overall adjustment", "anxiety", "depression" und "impulsiveness". Über die Unterschiede in den verbleibenden neun Einzelskalen wird nicht berichtet, ein signifikanter Unterschied kann nicht angenommen werden. Es bietet sich die Vermutung an, daß abortwillige Frauen vor der Gewißheit, daß bei ihnen ein Abort durchgeführt werden wird, erheblich stärkere psychische

Irritationen aufweisen als zu einem Zeitpunkt, zu dem dies gewiß ist. Zur Unterstützung dieser Annahme kann die Tatsache herangezogen werden, daß NISWANDER in seiner Abortgruppe fast nur ledige und in seiner Kontrollgruppe nur verheiratete Frauen hat. Auf die Bedeutung des Zivilstandes im Falle ungewollter Gravidität weist dieser Autor in Übereinstimmung mit anderen (z.B. GEBHARD et al. 1969, Tab. 67; OLLEY 1971) hin: eine eheliche ungewollte Gravidität ist in der Regel weniger belastend als eine außereheliche.

OLLEY (1971) erfaßte mit dem 16 P.F. 92 % aller Frauen, die einen Antrag auf einen Abort zwischen Juli 1967 und August 1968 (N = 370) in Aberdeen (Schottland) stellten. Ein Vergleich mit CATTELLs Eichpopulation ergibt signifikante Unterschiede in acht Faktoren. Diese sind

/ Q_4 (+), O (+), F (-), C (-), H (-) /
A (-), Q_3 (-). *)

Die Werte zwischen den /.../ enthalten sechs der acht Faktoren von CATTELLs 'Neurotizismus'-Pattern, einschließlich der fünf am höchsten ladenden Faktoren. Zur inhaltlichen Bedeutung siehe oben Kapitel 2.222.

Die Gruppe der unverheirateten Frauen weichen in 15 Faktoren von der Eichpopulation ab (mit Ausnahme der Skala L (Vertrauensvoll vs Mißtrauisch). Verheiratete Frauen mit illegitimen Schwangerschaften ähneln den mit legitimen, mit Ausnahme des Faktors O (Zuversichtlich/Schuldneigung), welcher nicht signifikant größer war, als der der Standard-Population.

In einer Untersuchung über primäre soziale Attitüden hat EYSENCK (1953, p. 229) die Attitüde "Abschaffung der Gesetze zur Abtreibung" innerhalb einer Struktur von Werthaltungen geordnet. Innerhalb dieser Struktur ergaben sich zwei Hauptfaktoren, die mit R- und T-Faktor benannt wurden. Der R-Faktor ist durch die Pole "radikal - konservativ" gekennzeichnet, der T-Faktor durch "tough-mindedeness - tender-mindedness". Eine Übersetzung dieses zweiten Polpaares ist schwierig, nach JAMES (1953) kann man sie durch zwei Adjektive bezeichnen

tough-minded: empirisch (an "Tatsachen" gebunden)
tender minded: rationalistisch (an "Prinzipien" gebunden).

*) Die Faktoren in ihrer Reihenfolge bedeuten: gespannt, furchtsam, nüchtern, gefühlvoll, scheu, zurückhaltend, gruppenverbunden.

Die Abtreibungsattitüde ist im Radikalismus-Tough-Quadranten plaziert, in der Nachbarschaft von "leichtere Ehescheidung" und "Kameradschaftsehe". Im oppositionellen "Konservatismus-Tender-Quadranten" befinden sich etwa folgende Attitüden "Geburtenkontrolle illegal", "zurück zur Religion" und "zwangsmäßige religiöse Erziehung".

Die Persönlichkeit der Abortpatientin, wie sie sich mit standardisierter Instrumente erhoben darstellt, unterliegt den gleichen Schwierigkeiten wie die per Augenschein erhobenen: sie müssen einer Indikation genügen und stellen somit eine enge Auslese dar.

Die hier betrachteten Patientinnen genügen einer psychiatrischen Indikation und zeigen demgemäß erhöhte Werte in den kritischen Skalen: Psychopathie, Depression (BRODY et al. 1971, SIMON et al. 1967), Neurotische Tendenz (BLASER et al. 1975, OLLEY 1971), Schizoidie (PEREZ-REYES et al. 1973). Bezüglich der Störung der Geschlechtsidentität liegt Widersprüchliches vor: SIMON et al. (1967) glauben eine solche Störung nachweisen zu können, während sie bei BRODY et al. (1971) und FORD et al. (1971 a, 1972) nicht auftreten. Eine mögliche vernachlässigte Variable könnte das Alter darstellen, wie die Untersuchung von PEREZ-REYES et al. (1973) andeutet. NISWANDER et al. (1972) befragten prospektive Abortpatientinnen nach bewilligtem Antrag und fand in nur vier Skalen (resp. -kombinationen) deutliche Unterschiede: nach der positiven Begutachtung scheint sich der Psychostatus weitgehend normalisiert zu haben.

2.3 Befunde zu psychischen Konsequenzen des Aborts

Auch wenn man die Anfang dieses Kapitels 2. zitierten Extreme MÜLLER (1964) vs KUMMER (1963) beiseite läßt, imponiert die qualitative und quantitative Divergenz der berichteten negativen Folgen. Dies trifft insbesondere zu, wenn die Verfasser auf standardisierte Methoden verzichten. So bemerkt auch KIRCHHOFF (1972) eine "ungewöhnlich große Schwankungsbreite der Komplikationshäufigkeit" bei der Betrachtung einer Tabelle von HEISS (1967) über "Früh- und Spätschäden nach legaler Interruptio". Hier werden anhand einer "Übersicht des Weltschrittums" 4.5% bis 59.0 % psychische Störungen genannt. KIRCHHOFF erkennt die Notwendigkeit neuerer Zahlen an und implizit auch die der Objektivierung des Erhebungsmodus, wenn er schreibt: "Ferner spielt zugegebener-

maßen die subjektive Einstellung des Untersuchers eine nicht unwesentliche Rolle. Erscheinungen, die der eine nicht als pathologisch ansieht, werden von einem anderen mit verschlüsselt. Sicherlich können bewußt (sic !) oder unbewußt auch emotionelle Erwägungen das Kalkül irgendwie beeinflussen".

Wie oben bei den Persönlichkeitsbeschreibungen, sollen auch hier nacheinander die Ergebnisse betrachtet werden, die (1) mit Augenscheinvalidität und (2) per standardisierter Instrumente erhoben wurden.

HEISS (1967, p. 305 ff.) berichtet von sexuellen Störungen nach einer Interruptio, so etwa Frigidität und verringerte Orgasmusfähigkeit. Ursache hierfür sind "starke seelische Spannungen" und "psychische Traumen". Das Gesamtbefinden der Abortpatientin ist in der Regel so schlecht, daß bis zur 8. Schwangerschaftswoche "nicht weniger als 14 Tage" Arbeitsunfähigkeit zu konstatieren sind. Ältere Schwangerschaften können bei Unterbrechung bis zu 22 Tagen Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben. Nach Durchsicht der Literatur berichtet der Autor von 4.5 % bis 59.0 % psychischer Störungen, resp. seelischer Folgen nach einer Interruptio. Das Untersuchungssample von MEHLAN (1961) realisierte zu 90 % keinerlei Schuldgefühle; demgegenüber berichtet MAIER (1933) von Selbstvorwürfen, Verlust des Seelenfriedens, nervöser Zerrüttung, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und Abmagerung. Gesamtgesellschaftliche Gefahren der provozierten Aborte macht der Verfasser deutlich in Begriffen wie "Abortseuche, sexuelle Hemmungslosigkeit der Frau und Verlust jedes Verpflichtungsgefühls gegen die Mitmenschen". Im Gegensatz hierzu vertritt OFFERGELD (1961) die Ansicht, daß es eine spezifische Abortpsychose nicht gibt. Entscheidend sei in jedem Fall die persönliche Einstellung der Patientin; eine Abhängigkeit von Bildungsgrad und Schuldrisiko berichtet der Autor: "Leute mit engem Horizont" entwickeln "Schuldbewußtsein". An "allgemeinen Folgen" weiß OFFERGELD zu berichten von "Zittern in den Gliedmaßen", von vielfach auftretender "Angst um die Zukunft durch Verminderung der Aussicht, durch Heirat eine Versorgung zu erhalten, ... vor Verarmung, vor Alleinsein ...". Ähnlich sieht MÜLLER (1964) die Gefahren des Aborts in psychischen und biologischen Traumen, oft dem Opfer des Lebensglücks und des seelischen Gleichgewichtes.

SIEGFRIED (1951) stellt Nachuntersuchen an bei N = 61 Patientinnen, die aufgrund psychiatrischer Indikation interrumpiert wurden, und berichtet

1. Die häufigste Reaktion scheinen gewisse Konflikte, Reue und Schuldgefühle zu sein, die Patientin bereut ihr verlorenes Kind. "Trotzdem stehen sie aber völlig positiv zu dem durchgemachten Eingriff, sind froh darüber und messen ihm keine zu große Bedeutung bei ..." (59 %).
2. Eine kleinere Anzahl (28 %) zeigen überhaupt keine Reaktion, d.h. sie sind einfach froh über die Interruptio. Zu dieser Gruppe gehören die "moralisch weniger hochwertigen, stumpfen Frauen, ... viele Debile ... hysterische Frauen ... egozentrisch".

Bei anderen bemerkt die Verfasserin einen "nicht entwickelten Muttertrieb".

3. Bei 13 % ließen sich schwere Nachteile, eigentliche ungünstige Persönlichkeitsentwicklungen nachweisen. Sie äußerten sich in religiösen Schuldgefühlen, Reue über das Kind und unbefriedigter Mütterlichkeit. Diesen Frauen konstatiert die Verfasserin mindestens durchschnittliche Intelligenz.

BECK (1964) befragte N = 50 Frauen nach einem therapeutischen Abort und unterscheidet

(1) Frauen mit bewußt erlebten Schuldgefühlen (36 %):
"Im Schuldgefühl ruft das Gewissen, daß eine innere Ordnung verletzt worden ist. Die innere Ordnung wechselt nach soziologischen Bedingungen und herrschenden Moralsystemen einerseits und nach dem Entwicklungsgrad der Persönlichkeit andererseits".

(2) Frauen mit verdrängten Schuldgefühlen (18 %), die sich meist froh und glücklich bezeichneten; Frauen bei denen leere Euphorie herrscht. Das Vorhandensein von Schuldgefühlen etc. wurde bestritten, jedoch beobachtete der Verfasser erhebliche Somatisierungen. Es fällt hier das Fehlen neuartiger Träume auf, "es ist, wie wenn das Unbewußte einverstanden wäre, daß der Konflikt auf der somatischen Ebene ausgetragen ist".

(3) Frauen ohne Schuldgefühle (46 %).

Zusammenfassend stellt BECK fest, daß auch in den Gruppen (1) und (2) schwere psychische Störungen fehlen und einfache und neurotische Entwicklungen vorherrschen.

Das von SCHULTE (1966) katamnestisch erhobene Bild der seelischen Verarbeitung eines Aborts zeigt, daß von N = 40 Patientinnen (Tübinger Gruppe) 29 (72.5 %) insgesamt konfliktfrei waren (über die restlichen 11 Patienten wird keine Auskunft gegeben). Von den fünf Patientinnen, über deren Auseinandersetzung mit dem Schulderleben berichtet wird, sah sich eine Frau bewogen, die Schwangerschaft doch noch auszutragen, drei zeigten einen günstigen Verlauf und eine einen ungünstigen. Sowohl bei BECKs wie auch bei SCHULTEs Patientinnen war der Abort psychiatrisch indiziert.

WILLE (1974) befragte N = 3474 Studentinnen, von denen 215 mindestens einmal eine Schwangerschaft abgebrochen hatten (insgesamt 237 Aborte). Etwa jede sechste (15 %) von diesen berichtet von postabortativen psychischen Störungen. Angaben über Art und Gewicht dieser Störungen waren einer direkten Befragung im Fragebogen wohl nur begrenzt zugänglich und fehlten hier.

JANSSON (1965) berichtet, daß 52.6 % der von ihm untersuchten N = 57 Abortpatientinnen in der katamnestischen Periode psychiatrische Kontakte hatten. Da jedoch auch vor dem Eingriff rund 50 % einen psychiatrischen Kontakt hatten, schließt der Autor: "In other words, the women who react by a psychic insuffiency after legal abortion are in fact the same women who have already shown great psychic vulnerability on early occasion". KUMMER (1963) erforschte die Berufserfahrung von 32 Psychiatern in Los Angeles mit einer durchschnittlichen Berufspraxis von 12 Jahren. 75 % von diesen haben n i e eine Patientin gesehen, die nach einem Abort mittlere bis schwere psychische Folgen hatten. Die restlichen beobachteten ernsthafte Folgen auch nur selten, die höchste Zahl lag bei sechs Fällen in 15 Jahren. Und 1970 kann der Autor nach weiteren Befragungen die "extreme rarity of postabortin psychiatric illness" betätigen. Im Vergleich zu postpartum Psychosen (eine auf 500 Geburten) sind postabortative Psychosen weitaus seltener: "abortion, far from being a precipitator of psychiatric illness, quite on the contrary is actually a defense against such an occurrence in women who are suspectable to mental illness" (vergl. auch YALOM 1968, REICH 1970).

LEVENE (1970) berichtet nach der Untersuchung von N = 70 Patientinnen, die aufgrund psychiatrischer Indikation interrumpiert wurden: "no serious psychiatric sequelae were found, guilt feelings were short lives, and depression phenomena decreased significantly between 2 weeks and 3 to 4

months postoperately". NISWANDER et al. (1967) befragten mindestens acht Monate nach einem Abort (N = 116). Lediglich 2.6 % gaben an, daß der Abort nicht die "best answer" zu ihrem damaligen Problem war. In einer Übersicht stellt OTTOSSON (1971) die von schwedischen Autoren genannten Zahlen zusammen. Je nach Kriterium werden zwischen 1 % und 26 % negativer psychischer Folgen genannt. PECK et al. (1966) und PECK (pers. Mitteilung) fanden, daß sich von den untersuchten N = 50 Patienten bei einem (2 %) sich der psychiatrische Zustand verschlechtert hatte und einer ernsthafte Schuldgefühle hatte (es ist nicht feststellbar, ob nicht beide Zustandsbilder auf dem selben Patienten vereint waren). 98 % würden die Unterbrechung wiederholen.

BOLTER (1962) "has never seen a patient who has not had guiltfeelings about a previous therapeutic abortion". WALLERSTEIN et al. (1972) befragten N = 22 junge, ledige Frauen nach einer Unterbrechung und berichtet, daß etwa die Hälfte den Abort günstig verarbeitet, während die andere Hälfte ungünstig reagiert.

OSOFSKY et al. (1971) befragten N = 250 Patientinnen nach einem Abort und fanden

4.2 % very unhappy
10.5 % moderately unhappy
20.7 % neutral
20.0 % moderately happy
44.6 % very happy

SIMON (1967) diagnostizierte bei 12 Patientinnen von insgesamt N = 46 postoperativ eine psychiatrische Therapiebedürftigkeit. Da jedoch 19 Patientinnen aufgrund psychiatrischer Indikation interrumpiert wurden, ist nicht eindeutig, wie groß per saldo die Verbesserung der Psychostatus anzusetzen ist.

Der therapeutische Abort als Bestandteil präventiver Psychiatrie ist Gegenstand der Untersuchung von WHITTINGTON (1970). Die Mehrzahl (majority) der von diesem Autor befragten Frauen fühlten sich postabortativ zufrieden und psychisch gesund. Deshalb und aufgrund der mangelnden Fähigkeit der Psychiatrie mit einer hinreichend großen Genauigkeit voraussagen zu können, welche ungewollte Schwangerschaft zu ernsthafter psychischer Krankheit führt, befürwortet WHITTINGTON, daß die Entscheidung über einen einzuleitenden Abort bei der betroffenen Frau und ihrem Arzt liegen solle.

Betrachtet man die Häufigkeit von postabortativen psychischen Irritationen, etwa in Form von Schuldgefühlen, so zeigt sich eine Spanne von nahe 0 % bis nahe 100 %. Zu dieser Uneinheitlichkeit beitragen dürften unterschiedlich enge resp. weite Kriterien.

Bei den bis hier referierten Berichten zu psychischen Abortfolgen legte der begutachtende Arzt Maßstäbe an, die er aus der Erfahrung seiner klinischen Praxis gewonnen hatte. Einige von ihnen verwenden zusätzlich standardisierte Psychodiagnostika. Bei diesen Untersuchungen ziehen die Autoren eine oder zwei Kontrollgruppen zum Vergleich heran. Die Vorzüge eines solchen Vorgehens hat jüngst etwa IRLE (1975) noch einmal hervorgehoben. Als Kontrollpersonen werden erwünscht Schwangere herangezogen (BLASER et al. 1975, BRODY et al. 1971, NISWANDER et al. 1967) und die Standards der jeweiligen Tests. NISWANDER et al. planen als Vergleichsgruppe auch Patientinnen mit einer äquivalenten gynäkologischen Operation, erreichten jedoch die statistisch notwendige Minimalzahl von zehn Personen pro Zelle nicht. In der vorliegenden Untersuchung wurde dieser Gedanke aufgegriffen und realisiert.

BLASER et al. vergleichen das MMPI-Profil ihrer Abortgruppe außerdem mit den Profilen weiblicher Neurotiker, SIMON et al. (1969) mit dem ehemaliger Patientinnen mit einem spontanen Abort. In dieser retrospektiven Untersuchung erfassen die Autoren eine Periode von 10 Jahren. N=46 ehemalige Patientinnen mit einem therapeutischen resp. spontanen Abort werden mit Werten einer großen Eichstichprobe der MMPI-Autoren HATHAWAY et al. (1957) verglichen. Eine tabellarische Darstellung zeigt

(Rohwerte)	Eichpopulation	Aborte spontane	Aborte therapeutische
Depression	19.3	20.7	24.6
Signifikanz [1]		NS	HS
Psychopathie	18.4	21.7	24.3
		HS	HS
Makulinität/ Femininität	36.5	38.5 S	38.7 HS

Tabelle III: MMPI-Werte

1) Signifikante Unterschiede gegenüber der Eichpopulation, HS: $p<0.01$; S: $p<0.05$; NS: nicht signifikant

Beide Abortarten scheinen sich - wenn auch in unterschiedlichem Maße - irritierend auszuwirken. Hier ist die Spekulation möglich, daß sich die Irritationsvarianzen bei den "spontanen Aborten" aus zwei Einzelvarianzen zusammensetzen können. Dies können einmal die als wenig irritierend denkbaren wirklich spontanen Aborte sein, neben den als spontan vorgegebenen, realiter jedoch provozierten Aborten mit einem höheren Irritationspotential. Dieser Gedanke findet seine Unterstützung in der Tatsache, daß eine klinische Unterscheidung zwischen provozierten und spontanen Aborten ex post äußerst schwierig zu sein scheint (CLOEREN & MALL-HAEVELI, 1965, p. 93).

NISWANDER et al. (1972) befragten mit dem MMPI N = 126 Abortpatientinnen vor und nach dem Eingriff. Insgesamt zeigt sich eine Verbesserung des psychischen Zustandes. Im Vergleich zu erwünscht Schwangeren bleiben sie jedoch signifikant irritierter. Es werden nur die Skalen Gesamtenpassung, Depression, Angst und Impulsivität veröffentlicht. Es ist an dieser Stelle zu fragen, in wieweit es sinnvoll ist, Abortpatientinnen gegen Wöchnerinnen zu testen, da hier eine Vielzahl von Variablen den Vergleich verzerren können.

BRODY et al. (1971) vergleichen in einer umfassenden Erhebung die vollständigen MMPI-Profile von N = 117 Abortpatientinnen mit denen von Frauen nach einem abgelehnten Antrag und einer nicht betroffenen Kontrollgruppe. Es zeigte sich, daß mit zunehmendem zeitlichen Abstand vom Eingriff sich das Profil der Abortpatientinnen normalisierte (je eine Befragung 6 Wochen, 6 Monate und ein Jahr nach dem Eingriff). Diese Normalisierung fand nicht statt bei Frauen, die gezwungen wurden, ihre ungewollte Schwangerschaft auszutragen. Ein Ergebnis, das sich sinnvoll den oben zitierten Ergebnissen von FORSSMAN & THUWE (1966) angliedert. Sechs Wochen nach der Geburt des Kindes zeigten die Patientinnen von BRODY et al. ein fast unverändert irritierten Psychostatus. Die Verfasser kommen zu dem Schluß, "that for the (abortion-)group as a whole abortion has provided to be truly therapeutic". Einen ähnlichen Gedanken formulieren BLASER et al. (1975), wenn sie schreiben, daß nach einem psychiatrisch indizierten, therapeutischen Abort sich der Psychostatus der Patientin bessern müsse, wenn der Anspruch 'therapeutisch' aufrecht erhalten werden solle. FORD et al. (1971a; 1972) können in beiden Untersuchungen (N = 219 und N = 40) eine (z. T. hoch-)

signifikante Verbesserung des Psychostatus in sechs von neun überhöhten MMPI-Werten von "vorher" zu "hinterher" berichten. Nach dem Eingriff befinden sich alle Werte im Normalbereich. Eine solche therapeutische Erwartung bestätigt sich auch bei BLASER et al. deutlich: "Die unterbrochenen Frauen (N = 251) sind nach dem Eingriff nicht nur hochsignifikant psychisch gebessert, sondern sie unterscheiden sich statistisch gesehen von den erwünscht Schwangeren nicht mehr". Beide dürfen als "psychisch praktisch unauffällig gelten". BLASER et al. verwendeten auch das MMPI.

PEREZ-REYES (1973) konnte bei N = 29 jungen Abortpatientinnen (13-16 Jahre) zeigen, daß sich das vor dem Eingriff irritierte MMPI-Profil wieder der Altersnorm nähert, die Depression abnimmt und das Selbstvertrauen wieder steigt. Insgesamt scheinen die Mädchen durch diese Erlebnisse 'erwachsener, reifer' zu werden: ihr Profil hat "similarities with the profile common among adolescents and, espicially, among the adolescents associated with minor degrees of delinquency."

In einer mehr soziologisch orientierten Arbeit untersucht McCORMICK (1975) Attitüden gegenüber Abort von N = 200 Abort-Patientinnen in legaler Situation. Die Abort-Attitüden wurden mit drei Items erhoben, von denen zwei nach zukünftiger Abortbereitschaft fragen und eines, wie die Patientin es beurteile, wenn man Abort als "birth control" verwende.

Als die "four major conclusions" dieser Studie werden genannt (p. 8):

- Die meisten Frauen, die sich einem legalen Abort unterziehen, akzeptieren den Abort als ergänzendes Mittel zur Fruchtbarkeitsregulierung.
- Es besteht ein rassenspezifischer Unterschied bezüglich der Abort-Attitüden: schwarze Frauen sind weniger geneigt, Abort zu akzeptieren. Dieser Unterschied bleibt über die meisten Variablen bestehen, lediglich mit Anstieg der väterlichen Erziehung und Zunahme der eigenen Kinderzahl sind schwarze Frauen eher abortgeneigt.
- Frauen, die in jüngerer Vergangenheit Kontrazeptiva benutzt haben, sind eher für Abort zugänglich.
- Als höchst bedeutsam hat sich in der Faktor-Analyse ein "racial-religious-familiy matrix" Faktor ergeben.

2.4 Zusammenfassung: Persönlichkeit der abortwilligen Frau und psychische Konsequenzen des Aborts

Betrachtet man die vorliegende Literatur zum Thema, so imponieren zwei Typen von Untersuchungen. Da ist einmal der Typus, bei dem die medizinische Methode der Anamnese resp. Katamnese verwendet wurde. Im Interesse einer gezielten individuellen Therapie besteht die Notwendigkeit, den Einzelfall so genau wie möglich zu erfassen; dieses Vorgehen kann als "ideographische Methode" verstanden werden, denn sie besteht in der Beschreibung und Interpretation "einzelner, einmaliger, unwiederholbarer Gestalten und Ereignisse" (HERRMANN, 1972, p. 44). Beispielhaft sei für diesen Typus SCHULTE (1966, p. 16) zitiert: "Die Untersuchung wurde in der Art eines lockeren Gesprächs geführt. Auf objektivere Methoden wie Fragebogen oder Testverfahren (z.B. TAT) zur Aufdeckung unterschwelliger Tendenzen und Konflikte wurde ... verzichtet. Langwierige objektivierende Verfahren mögen im Rahmen einer klinischen Behandlung unentbehrlich sein. Sie bedeuten aber für Frauen, die sich weniger durch eine eigentliche Krankheit als durch aktuelle Konflikte bedrängt fühlen, noch dazu im häuslichen Milieu, allzuleicht die Gefahr, daß sie sich als Objekt eines anonymen psychologisch-wissenschaftlichen Interesses empfinden". Im Interesse dieser persönlichen Vertrautheit wurde ein Teil der ehemaligen Patientinnen jeweils bei sich zu Hause befragt. Die Bedeutung der Würdigung des Einzelfalles heben SCHULTE et al. in einer späteren Veröffentlichung (1969, p. 11 f.) hervor. Den Verfassern "lag daran, in das Selbsterleben der Frau Einblick zu gewinnen. Darum mußte versucht werden, die Patientinnen möglichst unbefangen selbst zu Wort kommen zu lassen. ... Zu diesem Zweck erschienen uns Fragebogenerhebungen wertlos ... Es liegt auf der Hand, daß mit imposanten Zahlen und statistisch relevanten Resultaten nicht gerechnet werden kann. Um so mehr war an der Erfassung prägnanter Einzelschicksale mit ihren Besonderheiten gelegen. Wollte man vorschnell verallgemeinern, so wäre das verfehlt".

Bei einem zweiten Typus von Arbeiten ziehen die Autoren - z.T. ergänzend zur ersten Methode - standardisierte Instrumente zur Psychodiagnostik heran. Hier interessieren - zumindest implizit - eine Anzahl von Variablen in ihrem interpersonellen Vergleich. Dies setzt die Existenz von Instrumenten voraus, die für die jeweilige Fragestellung relevant

und sensibel sind. Das nach Regelhaftigkeit suchende Vorgehen kann "nomothetische Methode" genannt werden. Diese Methode "sucht allgemeine Gesetze oder doch 'Regeln' für 'Mengen von Persönlichkeiten'" (HERRMANN 1972, p. 46). Standardisierte Instrumente zur Diagnose von Psychostatus werden - wie oben dargestellt - bei der Begutachtung psychischer Indikationen zunehmend herangezogen: im Diagnosefall ergänzend, in der Forschung auch ausschließlich. So etwa BLASER et al. (1975), die wegen des zunehmend hohen Anteils psychiatrischer Indikationen in der schweizer Begutachtungspraxis (bis zu 90 %) "von Untersucher und Auswerter unabhängige Meßmethoden (suchen) ... Eine Möglichkeit, den psychischen Zustand der Patientin unabhängig vom Untersucher zu erfassen, besteht in Fragebogenmethoden". Der Autor betont, daß etwa das von ihm verwandte MMPI einen zusätzlichen Aspekt liefere, der mit dem klinischen Bild und den anamnestischen Daten zu einem Gesamtbild verarbeitet werden müsse. Die auf beiden Wegen gefundenen Einzeldaten sollen als Forschungsergebnisse für die Kollegen vom Fach nutzbar gemacht werden. Das macht eine Übertragbarkeit der Ergebnisse notwendig. Ergebnisse in diesem Sinne sind Prognosen, die für eine überzeugend große Anzahl von Patientinnen eintreffen. Dieser Abstraktionsvorgang geschieht bei den ideographisch arbeitenden Autoren durch eine kritische Würdigung und Abwägung der vorliegenden Daten. Eine genaue Kenntnis des jeweiligen Patientengutes ist unumgänglich.

Nicht wissenschaftstheoretisch zwingend, so doch in diesem Zusammenhang zu beobachten, ist die Tatsache, daß sich die nomothetisch orientierten Autoren zumeist ausgewählter, gegeneinander abgewogener, standardisierter Verfahren bedienen, die oft mittels mathematischer Methoden verwertet werden. Auf diesem Wege ist es etwa möglich, eine große Anzahl von Einzeldaten - in der vorliegenden Untersuchung rd. 70.000 - rational und nachvollziehbar auf eine überschaubare Anzahl von Variablen oder Zusammenhänge zu reduzieren.

Die inhaltliche Gültigkeit der Aussagen über die periabortative Psychodynamik ist begrenzt, weil die zitierten Untersuchungen unter Indikationsnotwendigkeit erhoben wurden, und unter den Indikationen die psychiatrische einen erheblichen, mitunter 90 %igen Anteil hat. Eine Übertragung dieser Ergebnisse auf Patientinnen, die "psychisch ohne Befund" sind, ist daher kaum zulässig.

In den mit Augenscheinvalidität erhobenen Untersuchungen variiert die Beschreibung der Persönlichkeit der Antragstellerin von "erheblicher Belastung, Debilität und mangelnden Mutterinstinkt" bis hin zu "ausgesprochen differenziert und mütterlich". Die differenzierteste Typologie für Abort-Sequenz geben wohl FORD et al. (1971).

Die negativen psychischen Folgen dieses Eingriffes treten in den Berichten mit sehr unterschiedlicher Häufigkeit auf. Den Zahlen von HEISS (1967) ist eigentlich nichts hinzuzufügen: 4.5 - 59 %. Wenn jedoch 'Muttersein' - wie manche Autoren annehmen - instinktiv, triebhaft, naturgesetzlich ist, müßten diese Autoren zu rund 100 % negativer psychischen Folgen gelangen, abzüglich derjenigen, die auch zu Realisierung dieser negativen Folgen noch unfähig sind (MÜLLER 1964, SIEGFRIED 1951). Auf der anderen Seite wird berichtet, daß es "keine spezifische Abortpsychose" gibt, daß ein Psychiater vielleicht alle zwei Jahrzehnte einer psychischen Abortirritation begegnet (BOLTER 1962, KUMMER 1963, 1970, LEVENE et al. 1970, NISWANDER et al. 1966, OFFERGELD 1961, PECK et al. 1966).

Die Art der Folgen wird in einer Vielzahl von Abstufungen ideographisch geschildert. Da diese Methode Wert auf den Einzelfall legt, würde eine weitergehende Zusammenfassung eine unzulässige Verkürzung darstellen.
In der Erhebung per standardisierter Instrumente stellt sich die periabortative Psychodynamik wie folgt dar:

- v o r der Entscheidung durch ein Gremium zeigt die Patientin erhebliche Symptome psychischer Irritationen. Das Erscheinungsbild ist gekennzeichnet von depressiven und psychopathischen Zügen (BLASER et al. 1975; BRODY et al. 1971; OLLEY 1971; SIMON et al. 1967, 1969). Über die Irritation der Geschlechterrolle liegt Widersprüchliches vor (BRODY et al. 1971, FORD et al. 1971 a, PEREZ-REYES et al. 1973, SIMON et al. 1967).

- n a c h der Entscheidung durch ein Gremium gegen eine Unterbrechung und sechs Wochen
n a c h der Geburt, zeigen die Probandinnen einen stark irritierten Psychostatus, der dem vor der Begutachtung stark ähnelt(BRODY et al. 1971).

- n a c h der Entscheidung durch ein Gremium zu Gunsten einer Unterbrechung, aber noch
v o r dem Eingriff scheinen die Irritationen nur mehr vermindert zu erwarten sein. Die vorhandenen Irritationen manifestieren sich in depressiven, angsthaften und impulsiven Zügen. Die Gesamtanpassung ist vermindert (NISWANDER et al. 1972).

- n a c h dem Eingriff wird übereinstimmend von einer Verbesserung des Psychostatus berichtet. Lediglich das Ausmaß der Besserung resp. des Signifikanzniveaus ist unterschiedlich. Es läßt sich eine Tendenz feststellen, daß mit zunehmendem Abstand zu dem Eingriff die Irritationen abnehmen (BLASER et al. 1975, BRODY et al. 1971, NISWANDER et al. 1967, PEREZ-REYES et al. 1973, anders SIMON et al. 1969).

3. Kognitionstheoretische Aspekte zur Analyse periabortiver Psychodynamik

In der vorangegangenen Literaturschau wurden ausschließlich Autoren herangezogen, die im weitesten Sinne dem "abendländisch-christlichen" Kulturkreis entstammen. Dieser Begrenzung liegt die Intention zugrunde, lediglich Aussagen über eine begrenzte Gruppe von Menschen zu machen. Im Blickfeld der Betrachtung stehen bundesrepublikanische Frauen der Gegenwart, die sich um einen Abort bemühen und/oder bei sich durchführen lassen. Mit dieser Begrenzung ging einerseits die Hoffnung einher, interkulturelle Variation des Abtreibungsverhaltens vernachlässigen zu dürfen, andererseits wird auch nicht angestrebt, Aussagen über "die Frau ansich" zu formulieren. Auf die kulturspezifischen Variationen des Abtreibungsverhaltens hat eindrucksvoll DEVEREUX (1955) hingewiesen: "attitudes to abortion varied from total acceptance, even justification, to extreme aversion, including such relatiatory punishments as excite toture, imprisonment, or death" (p. 3). In einer neueren Arbeit stellen auch GOODE et al. (1971) interkulturelle Vergleiche an. Sie berichten etwa, daß "Abortion will be less common if illegitimate children and their parents are less stigmatized. The contrary is also asserted."

Die Beschränkung dieser Arbeit auf einen Kulturkreis darf jedoch nicht dahingehend mißverstanden werden, daß die Befunde aus anderen Ländern ungeprüft für die BRD übernommen werden dürften. Wo eine solche Übernahme notwendig ist, bedarf der Befund einer detaillierten Überprüfung bezüglich seiner Übertragbarkeit.

Die Befunde ausländischer Autoren können jedoch auch auf einem anderen Wege nutzbar gemacht werden. Wenn Regelhaftigkeiten im menschlichen Verhalten über die Landesgrenzen hinaus nachweisbar wären, dann könnte von dem punktuellen Wissen einer Verhaltensweise auf andere Verhaltensweisen geschlossen werden, unabhängig von der Nation des betrachteten Menschen. So ist etwa das Konstrukt "Rolle" nicht notwendigerweise an deutsche, englische ... Menschen gebunden, unbeschadet der Möglichkeit, daß etwa die inhaltliche Ausfüllung der Rolle international variieren mag.

In einer umfassenden Gegenüberstellung von Kultur und Individuum stellt HOFSTÄTTER (1966 b, p. 176 f.) zusammenfassend fest, daß wo immer "ein soziales System von seinen Angehörigen Entscheidungen und persönlichen Einsatz verlangt, muß es ihnen - zumindest im Prinzip - die Möglichkeit zugestehen, diese Entscheidung im Gegensatz zu den Bestimmungen dieses Systems zu treffen. Damit wird aber die Institution der individuellen Verantwortung bereits ins Leben gerufen". Zwei Aspekte sozialpsychologischer Forschung lassen sich in diesem Zusammenhang nutzen:

(1) Das individuelle Verhalten als Resultante aus lebensgeschichtlich wirksam gebliebener, reaktivierter oder erstmals zu psychischer Wirklichkeit gelangender Eigenschaften und der Interaktion mit sozialen Energien, die im aktuellen Fall auf das Individuum einwirken.

(2) Das Individuum denkt und handelt gemäß seinem hic et nunc einmaligen Charakter und ist für Verhaltensweisen, die sich aus diesem Charakter ergeben, in weitestem Umfange verantwortlich.

Bezogen auf LEWINs (1963) Formel

$$V = f(P.U),$$

nach der Verhalten (V) eine Funktion der Variablen Person(P) und Umwelt (U) ist, oder analog CATTELLs (1973) Formel

$$R = f(S.P),$$

nach der die Verhaltensreaktion (R) eine Funktion von Reizsituation (S) und der Struktur der Persönlichkeit (P) ist, erscheint die im ersten Forschungsaspekt bedeutsame lebensgeschichte Akkumulation von Verhaltensdeterminanten überbetont. LEWIN und CATTELL weisen auf eine zweite Perspektive hin: einer Untersuchung des Varianzanteils am aktuellen Verhalten, der die aktuellen und kommunikativ wirksamen Umweltvariablen betont. Diese Sichtweise hebt auch HOFSTÄTTER (1966 b) hervor, wenn er schreibt "Das Individuum ist hic et nunc eine soziale Institution. ... (Es) ist in erster Linie Träger einer sozialen Rolle".

In unterschiedlicher Terminologie wird bei verschiedenen Autoren zum Themenbereich Abort (BINDER, 1941; FORD et al. 1971 b; MÜLLER 1964; SCHULTE, 1969; SIEGFRIED, 1951) eine Erwartung diskutiert, die als "Mutterrolle" umschrieben werden kann.

Haben Rollenerwartungen auf der einen Seite einen "ärgerlichen" Anteil, weil sie auch durch negative Sanktionen erzwungen werden, so kann ihnen andererseits auch eine "Entlastungsfunktion" (im Sinne GEHLENs, 1966) zuerkannt werden: wenn ich weiß, daß eine rote Ampel die anderen Fahrer anzuhalten veranlaßt, kann ich mich weitgehend von der Notwendigkeit entlasten, die Nebenstraßen prüfen zu müssen. Eine Frau, die die "Mutterrolle" internalisiert hat, wird nach einem Abort mit dieser in Konflikt kommen können, wenn zu ihrem Stereotypenset gehört, daß eine "gute Mutter" eben nicht eine Schwangerschaft unterbricht. Auch eine per se traumatisierende "Rolle der Abtreiberin" ist theoriekonform. In der Interaktion z.B. mit dem befragenden Arzt kann sie Verhaltenserwartungen genügen, indem sie schlechtes Gewissen oder Reue zeigt und auch tatsächlich hat. Da dieser Zustand jedoch nicht befriedigend ist, kann eine Tendenz bestehen, ihn abzubauen. Fragen dieser Art könnten Gegenstand einer Längsschnittstudie sein.

Eine Rolle ist durch Erwartungen definiert. Prinzipiell können diese Erwartungen unter anderen Umständen auch anders sein, kulturelle und historische Standorte sind zu berücksichtigen. "Jede Kultur hat von der Frau ein Bild und hält dieses Bild nicht für ein kulturelles Produkt", schreibt KILIAN (1973, p. 116), "sondern für etwas Natürliches, Naturgegebenes und damit Selbstverständliches. Praktisch wirkt sich dies in unserer Zeit des kulturellen Wandels so aus, daß wir uns heute an einem Bild von der Frau orientieren, das der Vergangenheit entstammt ..."

DAHRENDORF (1968) unterscheidet Rollenkonflikte nach Inter- und Intrarollenkonflikten. So kann ein Interrollenkonflikt sich ergeben, wenn zwischen zwei oder mehreren Rollen eine Unvereinbarkeit besteht; ein Intrarollenkonflikt besteht in der Unvereinbarkeit der Erfordernisse innerhalb einer Rolle, resp. verschiedener Segmente einer Rolle. In Anschluß an LERSCH (1964, p. 170 ff.) und SADER (1969, p. 222 f.) soll der kognitionstheoretisch fruchtbare Begriff der Diskordanz verwendet werden. Konflikt (als der engere Begriff) bezeichnet dann in Übereinstimmung mit dem allgemeinen Sprachgebrauch nur "inhaltlich erhebliche Diskordanzen". Dem Begriff der Diskordanz soll hier versuchsweise der Begriff der (Rollen-) Forderung gegenüber gestellt werden. Eine Rollenforderung ist das psychische Äquivalent der Rollenerwartung, soweit diese Erwartung wahrgenommen und kogniziert wurde. Nicht, ob

Erwartungen faktisch miteinander vereinbar sind, ist von Bedeutung, sondern ob sie als miteinander vereinbar erlebt werden. Dieses Erleben kann sich auf verschiedenen Bewußtheitsebenen abspielen, wobei auch Diskordanzen eines geringeren Bewußtheitsgrades einen irritierenden Beitrag zur Psychodynamik liefern können. Diskordanz und Forderung sind als graduell differenziert vorstellbar. Schematisch lassen sich die beschriebenen Konstellationen gemäß Abbildung 2 darstellen.

Abbildung 2

	Diskordanz	Forderung
Rolle als Abortpatientin Interrollen-	(1) Kindergärtnerin, Säuglingsschwester, Arzt	(2) Berufstätige, in Ausbildung, broken home Herkunft
Intrarollen-	(3) aktive Katholikin, Ehefrau ohne Kinder	(4) Mutter einiger Kinder, Ledige, Anspruch auf aktive Geburtenregelung

So mag es etwa einer (in Feld 1) Säuglingsschwester konflikthaft sein, eine eigene Schwangerschaft abzubrechen, wenn sie affektiv zwischen einem Fötus und einem Säugling nicht zu differenzieren vermag. In Feld 4 kann es etwa die Rolle einer verantwortungsbewußten Mutter mehrerer Kinder erfordern, eine Schwangerschaft abzubrechen, damit die vorhandenen Kinder weiterhin optimal ver- und umsorgt werden können.

Diskordanten Rollen resp. Rollensegmenten kann ein spannungserzeugendes Moment unterstellt werden. Spannungen dürften hier zu einer Umstrukturierung des Rollen-Selbstverständnisses führen, die von verhaltensrelevanten Erscheinungen begleitet sein werden. Diese Erscheinungen können sich in verschiedenen Varianten wie Nervosität, Aggressivität oder neurotischen Tendenzen manifestieren.

Die Trennung zwischen Inter- und Intrarollenaspekt ist nicht immer scharf zu ziehen; man kann vielfach nicht sinnvoll unterscheiden, ob es sich bei einem 'Anspruchspaket' um eine Rolle oder um ein Rollensegment handelt. Ob "die Abtreiberin" resp. "die Abortpatientin" eine eigenständige Rolle ist oder nur Segment einer anderen Rolle, kann hier nicht diskutiert werden, es ist jedoch anzunehmen, daß mit einer Liberalisierung der Abortgesetzgebung dieser Eingriff geringer sozial stigmatisiert

wird. Die Genese einer anerkannten Rolle der "Abortpatientin" ist denkbar; ihre Position könnte eine gewisse Ähnlichkeit mit Patientinnen einer vergleichbaren Operation haben. Zur Genese von Rollenerwartungen schreibt SADER (1969, p. 223) "Die Erkenntnis, daß Rollenerwartungen vielfach nicht etwa unthematisch schlicht Hinzunehmendes sind, sondern, ihres Anspruches auf Selbstverständlichkeit entkleidet, in Frage gestellt werden können und müssen, ist nicht nur Vorbedingung für die subjektive Entlastung des einzelnen, sondern auch für die Schaffung sinnvollerer Ordnungen".

Die von einigen rollentheoretisch arbeitenden Autoren hypostasierte (etwa BERGER, 1973, DAHRENDORF, 1968), von anderen kritisierte (HAUG, 1975, p. 35) Trennung von Individuum und Gesellschaft scheint vom kognitionstheoretischen Aspekt aus problematisch. Beide Tatbestände haben nur dort ihre verhaltensprognostische Relevanz, wo erkannt wird, daß Individuum und Gesellschaft nur in ihrer Erfahrung durch Personen existieren. 'Gesellschaft' setzt voraus, daß sie von jemandem erfahren wird; insofern existiert sie nur, als sie in den Köpfen von erfahrungsfähigen existiert. Gleiches gilt für das Individuum; die Person rezipiert mittels Erfahrung, auf diesem Wege rezipiert sie auch sich selbst. LAING (1972, p. 17) definiert "Person" zweifach: "von der Erfahrung her als Orientierungszentrum des objektiven Universums, vom Verhalten her als Aktionsquelle". Zur "Erfahrung" schreibt derselbe Autor (p. 14) "Die Unterscheidung zwischen 'äußerlich' und 'innerlich' geht gewöhnlich zurück auf die Unterscheidung zwischen Verhalten und Erfahrung - manchmal jedoch auf gewisse Erfahrungen, die man für 'innerlich' hält im Gegensatz zu anderen, die 'äußerlich' sind. Genauer gesagt: dies ist eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Modalitäten von Erfahrung, nämlich zwischen Wahrnehmung (als äußerlich) im Gegensatz zu Vorstellungen usw. (als innerlich). Doch Wahrnehmung, Vorstellung, Phantasie, Spinnerei, Träume, Erinnerungen sind einfach verschiedene Modalitäten von Erfahrung, keine 'innerlicher' oder 'äußerlicher' als andere". Diese Erfahrungsinhalte, Kognitionen stehen in einem interdependenten Verhältnis. Tauchen Kognitionen auf, die mit den bestehenden unvereinbar sind, so erlebt das Individuum nach FESTINGER (1957) einen erlebens- und verhaltensrelevanten Spannungszustand. Dieser Spannungszustand

als Folge der "kognitiven Dissonanz" wird als unangenehm erlebt und die betreffende Person bemüht sich diesen abzubauen, was einer Änderung der Kognitionsstruktur entspricht. Dies kann etwa geschehen durch Sammlung neuer Informationen ("Abtreibung ist etwas alltägliches") oder Änderung der "störenden" Attitüde (Abtreibung neu bewerten). Diese Änderung der Kognitionsstruktur kann von psychosomatischen Erscheinungen - etwa Unruhe - begleitet werden.

In Anlehnung an FASSHEBER (1976) können die Erfahrungsstrukturen - in einer von LAING, PHILLIPSON & LEE (1973) begrifflich systematisierten und für die Kommunikation von Ehepaaren in einem methodischen Versuch in Angriff genommenen dyadischen Beziehung - wie folgt dargestellt werden:

Die Abortpatientin I hat eine Ansicht über den Schwangerschaftsabbruch (x). Ebenso hat eine nicht aktuell mit dem Problem konfrontierte Frau A eine Ansicht über diesen Tatbestand (x). Auf einer zweiten Ebene hat die Abortpatientin I eine Meinung darüber, welche Ansicht ein(e) nichtbetroffene(r) A über diesen Eingriff hat:

$$I(A(x))$$

Auf einer nächst höheren Ebene könnte sich I eine Meinung darüber bilden, welche Ansicht A bei I erwartet oder annimmt:

$$(A(I(x))$$

Diese ad infinitum fortsetzbaren Spiegelungen dürften mit dieser dritten Ebene die Grenze ihrer praktischen Relevanz erreicht haben (FASSHEBER). Dissonanz läßt sich in dieser Schreibweise auf der zweiten Ebene darstellen:

$$I(x) \neq I(A(x))$$

Dissonanz tritt auf, wenn oberhalb eines Aktualitätsminimums die Meinung (x) von I mit einer anderslautenden Meinung zum gleichen Gegenstand (x) von A konfrontiert wird, wobei A für die Meinung (x) bei I oberhalb eines bedeutsamkeitsrelevanten Minimums liegen muß. Um der psychischen Realität gerecht zu werden, müßten I und A indiziert werden. So erlebt etwa die Person I_i unterschiedliche Dissonanzen bei A_g (Geistlicher) oder A_f (beste Freundin) usw.

In eine mögliche Indizierung von I könnte eine Vielzahl von medizinischen, soziologischen und psychologischen Variablen eingehen, soweit sie für

den jeweils gegebenen Zusammenhang (x) als relevant angesehen werden können. Bei Auftreten von Dissonanzen ist mit der Umstrukturierung des Kognitionssystems zu rechnen. Diese Umstrukturierung kann mit verschiedenen Begleiterscheinungen einhergehen. Solche können sich in Form von Nervosität, Erregbarkeit, geringere Offenheit oder Unruhe manifestieren. Für Art und Richtung der Umstrukturierung, wie auch für Art und Intensität der Begleiterscheinungen kann ein Reaktionshabitus angenommen werden, der sich in Form von Persönlichkeitszügen beschreiben läßt. In Abbildung 3 sind einige solcher Beziehungen dargestellt. Senkrecht zur Abbildungsebene wäre die Anordnung der Reaktionshabitus denkbar.

Es ist an dieser Stelle nicht notwendig, die Dyadenmatrix erschöpfend zu kommentieren. Es seien zur Anschauung nur zwei Fälle erörtert.

I_k ($I_k(x) > A_{ab}(x)$) bedeutet, daß die katholische Abortpatientin den behandelnden Arzt als den Abort ablehnender empfindet, als sie es selbst tut. An dieser Stelle ist das von BECK (1964) und HEISS (1967, p. 322) angesprochene "Schuldgefühl des Arztes" zu erwähnen, das in die Dyade einfließen kann. Nur das, was in die Kommunikation einfließt, ist für I bedeutsam. Jedoch darf man Kommunikation nicht zu eng fassen. Auch wenn die beiden Beteiligten nicht ausdrücklich über diesen Eingriff sprechen, kann I viele mimische, gestische oder auch verbale Äußerungen zu anderen Themen als zum Meinungsgegenstand Abort gehörig interpretieren. Wie nun I auf eine solche Dissonanz reagiert, hängt von ihrer Persönlichkeitsstruktur ab. Ist sie eher ängstlich, kann sie ihre Meinung verbergen oder ändern; ist sie eher aggressiv, kann sie den Kommunikationspartner zu überzeugen suchen oder ihn als inkompetent abtun.

I_a ($I_a(x)$? $A_u(x)$) bedeutet, daß die Frau I, die sich bereiterklärt hat, an dieser Untersuchung teilzunehmen, ohne selbst aktuell von einem Abort betroffen zu sein, nichts über die Einstellung des Autors zum Abort weiß, in vielen Fällen diesen nicht einmal kennt. Ihr hoher Schulabschluß mag sie zu der Einsicht führen, daß eine solche Untersuchung wünschenswert ist und sie motivieren mitzuarbeiten. Als Reaktionshabitus dürfte eine zumindest durchschnittliche Offenheit zu erwarten sein.

Abbildung 3

Matrix kognitiver Konstellationen innerhalb einer Dyade

Person / wahrnehmende	wahrgenommene	$A_{Arzt\ in\ BRD}$	$A_{Arzt\ in\ NL}$	$A_{unspezifisch}$
$I_{katholisch}$	Abort	$I_k(I_k(x) > A_{ab}(x))$	$I_k(I_k(x) = A_{an}(x))$	...
I_{Abitur}	Abort	...	...	...
I_i	Abort	$I_i(I_i(x) - A_{ab}(x))$	...	...
$I_{katholisch}$	unspezifisch	...	...	...
I_{Abitur}	unspezifisch	...	...	$I_a(I_a(x)\ ?\ A_u(x))$
I_j	unspezifisch	...	...	...

3.1 Zeitpunkt der Befragung

Die Zeitpunkte der Befragungen müssen aus theoretischen und empirischen Aspekten einer Anzahl von Bedingungen genügen, die nachfolgend angesprochen werden.

3.11 Theoretische Aspekte

Menschen in der Zeit vor und nach einer aktuellen und bedeutsamen Entscheidung zeigen eine Reihe von Verhaltensweisen, die mehrfach Gegenstand der Forschung waren. Im Rahmen dieser Arbeit sind vorrangig Aspekte zur Nachentscheidungs-Phase von Interesse. Und aus dieser, der Zeitraum um die Realisierung dessen, was vordem entschieden wurde. Die Entscheidung für den Abort` und seine Ausführung fallen in der Regel nicht zusammen. Dieses ist bei der Interpretation von "Vorher/Nachher"-Vergleichen zu beachten. Meist handelt es sich bei dem Abort um nur ein Glied einer längeren Entscheidungssequenz, die spätestens bei der Erkenntnis der eigenen Schwangerschaft beginnt. Die Befragung vor dem Eingriff sollte in aktueller Situation erfolgen, zu einem Zeitpunkt, in dem deutlich ist, daß die getroffene Entscheidung realisiert wird und keine Spekulationen über die Möglichkeit selbst mehr zu erwarten sind.

Nach dem Abort als Realisierung einer älteren Entscheidung laufen eine Anzahl psychischer Prozesse ab, die von persönlichkeits-internen wie -externen Faktoren beeinflußt werden. Insbesondere die externen Einflüsse unterliegen nur schwer kalkulierbaren Schwankungen, erhebungstechnisch formuliert: je später die Untersuchung nach dem interessierenden Ereignis ansetzt, um so weniger sind externe Faktoren kontrollierbar, um so mehr Fehlervarianz ist zu vermuten. Eine weitere Variable wäre zu kontrollieren, wenn die Patientinnen in unterschiedlichem zeitlichen Abstand nach dem Abort befragt würden. Es erscheint ratsam, möglichst bald und zu einem einheitlichen Zeitpunkt nach dem Abort zu befragen.

Je später die Befragung durchgeführt wird, umso größer ist die Gefahr, daß das fragliche Ereignis in der Erinnerung verändert wird. Dies kann etwa durch den Einfluß von Attitüden geschehen (HARTMANN & WAKENHUT

1973), durch eine Tendenz zur Dissonanz-Reduktion (FESTINGER, 1957), durch Verringerung des Aktualitäts-Gradienten (SPIEGEL, 1961), durch Rationalisierung (FREUD).

3.12 Empirische Befunde

In der Literatur findet sich der Hinweis, daß im allgemeinen postabortativ mit geringen bis fehlenden psychischen Langzeitfolgen zu rechnen ist. So fragt etwa KUMMER (1963), ob es sich bei den postabortativen psychiatrischen Krankheiten nicht um einen Mythos handele und SIMON (1966, p. 388) empfiehlt "as close to the time of abortion as possible" zu erheben. KRETZSCHMAR & NORRIS (1967) berichten über die psychischen Folgen von N = 32 therapeutischen Aborten, die sie über einen Zeitraum von ein bis fünf Jahren nachverfolgt haben. Sie fanden keine negativen psychologischen Effekte oder Probleme. Sie schließen, daß das "emotional adjustment of a patient remains consistent in spite of undergoing an abortion".

Auch NISWANDER et al. (1967) berichten, daß in den wenigen Fällen, in denen der Abort bedauert wurde, dies nur kurz nach dem Eingriff zu beobachten war. In einer Befragung acht Monate später waren kaum noch Einschränkungen zu registrieren. Psychische Irritationen sind am ehesten kurz nach dem Eingriff zu beobachten (so etwa: BECK, 1964; BREKKE, 1958; CLARK et al., 1968; GEBHARD et al., 1969, Fußnote 125 zu HAMILTON 1940; OSOFSKY et al., 1971; PECK & MARKUS, 1966; ROLINSKI, 1971 in Tab. 1 zu BECK, 1964; SENAY, 1970; anders etwa: JANSSON, 1956).

Einen anderen Erhebungsmodus wählten etwa BINDER (1941) und SCHULTE (1966), die ihre katamnestischen Untersuchungen etliche Jahre nach dem Eingriff vornahmen. Bei BINDER schwankt der zeitliche Abstand zwischen 0 und 25 Jahren, bei SCHULTE zwischen 3 und 16. Die unterschiedlichen und großen Zeitabstände lassen eine Korrektur der gefundenen Daten um diese Variable notwendig erscheinen.

4. Hypothesenbildung

Verengt man die in der Literatur gefundenen Aussagen unter Einarbeitung der dargestellten theoretischen Aspekte, so ergeben sich einige zu konkretisierende Fragen.

Verschiedene Autoren gehen davon aus, daß alle oder doch der überwiegende Teil der Abortpatientinnen erhebliche psychische Irritationen produzieren (JANSSON, 1965; MÜLLER, 1964; SIEGFRIED, 1951). Rollentheoretisch formuliert kann vermutet werden, daß sich die Irritationen aus einer stigmatisierten Rolle ergeben, aus einer Rolle, die zumindest keine soziale Bestätigung findet. Diese daraus resultierenden Irritationen dürften in bestimmten Konstellationen unterschiedlich stark zu erwarten sein. So kann Illegalität die psychischen Störungen vergrößern, oder eine medizinische Indikation diese verringern. Der Abort selbst stellt, besonders dann, wenn nur lokal anästhesiert wird, eine Erfahrung dar, die geeignet sein dürfte, die Kognitionsstruktur zu verändern. Besonders betroffen sein dürften Kognitionen mit thematischem Bezug.

Eine nach der Gesetzesänderung des § 218 vom Juni 1976 anstehende Frage ist, wo die im größeren Umfang zu erwartenden Aborte durchgeführt werden sollten; ist die herkömmliche gynäkologische Station geeignet oder sollten spezielle Abortstationen oder -kliniken eingerichtet werden? Diese Frage wird hier zu prüfen sein, indem Abortpatientinnen üblicher Frauenkliniken mit denen aus monofunktionalen Abortkliniken verglichen werden.

Auf die Bedeutung von Konfession und Kirchenbindung für den sexuellen und Abortbereich haben verschiedene Autoren hingewiesen (GEBHARD et al., 1969, GIESE et al., 1968; HEISS, 1967; PECK & MARCUS 1966). Es wird zu prüfen sein, in wieweit ekklesiogene Irritationen bei Abortpatientinnen zu erwarten sind.

Nachfolgend seien die hier angerissenen Fragen als Hypothesen entwickelt.

4.1 Irritationen per se

Konkretisiert man die zu prüfenden Grundannahmen für die Situation der Abortpatientin, so läßt sich als Hypothese 1 formulieren, daß die

Abortrolle per se irritierend ist, weil sie gegenwärtig keine soziale Bestätigung findet. Die betroffene Person I ist über die Dissonanzen im Bewußtsein der Personen ihrer Umwelt informiert, genauer: sie nimmt im Irritationsfalle solche Dissonanzen bei den anderen wahr. Eine solche kognitive Konstellation sieht in der oben eingeführten Schreibweise wie folgt aus:

$$I\ (x_{ill}) \neq I\ (A(x_{ill}))$$

$$I\ (A(I(x_{ill})) \neq I(x_{ill}))$$

Die erste Zeile stellt den kognizierten soziologischen Aspekt dieser Dissonanz dar und ist zu lesen: die Person I nimmt ihre Meinung zum illegalen Abort (x) als anders wahr, als die einzelner Anderer A ihrer Umwelt.

In der zweiten Zeile wird der konfligierende kognizierte Aspekt dargestellt: I sieht, daß sie von A, als von (x_{ill}) betroffene, anders beurteilt wird, als sie sich selbst sieht. Mit dem ≠ soll impliziert sein, daß es sich um erhebliche, als dramatisch erlebte Differenzen handelt.

Sollte für diese Hypothese empirische Evidenz nachgewiesen werden können (durch Ablehnung der zugehörigen Alternativhypothesen), so würde das eine Bestätigung für alle diejenigen therapeutischen Strategien bedeuten, die die subjektiven Begründungen der Patientin für einen Abort und die wahrgenommenen Dissonanzen als reale Erfahrung werten und adäquat unterstützen (Begründungen) resp. therapieren (Dissonanzen). In einer datendeskriptiven Variante kann erwartet werden, daß

$$S_{I_{t1}} < S_{I_{t2}}$$

sind: die Irritationen (Störungen S) der Person I sind vor dem Abort (zum Zeitpunkt t1) erheblich geringer, als danach (zum Zeitpunkt t2).

4.2 Entlastung durch Fremdverantwortlichkeit

Wenn die Abortrolle selbst keine Entlastungsfunktion hat, so ist zu erwarten, daß im Falle der nicht selbst zu verantwortenden Übernahme eine geringere Dissonanz auftritt. Eine solche Fremdverantwortlichkeit

liegt vor, wenn es sich um einen nach deutschem Recht legalen Abort innerhalb der zulässigen Indikationen handelt. Darüber hinaus ist - besonders bei der organisch-medizinischen Indikation - die Übernahme einer "richtigen" Krankenrolle ohne die Belastungen der Abortrolle wahrscheinlich. Für I ist der legale Eingriff (x_l) prinzipiell etwas anderes als der illegale (x_{ill}) und sie weiß sich mit A darüber einig, daß ihr (x) legal ist.

$$I(x_l) \neq I(x_{ill})$$
$$I(x_l) \approx A(x_l)$$

I sieht sich als Kranke mit einer Operation (x_l), die mit der Ansicht über einen illegalen Abort (x_{ill}) in keinem Zusammenhang steht. Das materiell gleiche Verfahren (x) repräsentiert sich kognitiv unterschiedlich.

4.3 Aborterfahrung und aversive Begleitumstände

Ein Abort stellt sich für die betroffene Patientin als eine neue Erfahrung dar, die als unangenehm angenommen werden kann. Diese neue Erfahrung wirkt auf das bestehende System der Kognitionen ein und wird bei abortrelevanten Attitüden eine geringere Tolerierung resp. eine größere Ablehnung dieses Eingriffes bewirken.
Irritationen werden verstärkt zu erwarten sein, wenn der Eingriff von anderen aversiven Ereignissen (z. B. Schmerzen, Diffamierungen, medizinischen Komplikationen etc.) begleitet wird.

$$I(x_{t1}) \neq I(x_{t2})$$

I wird zum Zeitpunkt t1 (vorher) (x) anders bewerten, als zum Zeitpunkt t2 (nachher). Die Stärke der Veränderung dürfte in Abhängigkeit von der Intensität der aversiven Begleiterscheinungen stehen.

4.4 Aktualisierung durch Konfrontation mit Wöchnerinnen

Diskordante kognitive Elemente können sich unterhalb einer Schwelle von Bedeutsamkeit befinden und somit nur latent vorhanden sein. Situative Stimuli vermögen solche kognitiven Elemente in Latenz zu beeinflussen, etwa zu aktualisieren. Werden diskordante kognitive Elemente aktualisiert, so wird diese Diskordanz manifest. Als aktualisierende Stimuli können solche angesehen werden, die eine assoziative Verbindung zu den

diskordanten kognitiven Elementen haben. Für eine Abortpatientin mit latenten Diskordanzen dürften diejenigen Stimuli aktualisierend sein, die eine assoziative Verbindung zum Muttersein oder -werden darstellen: vom Fötuspräparat resp. -bild über hochschwangere Frauen bis zu Säuglingen anderer Mütter. Man kann prinzipiell erwarten, daß I auf einer Wochenstation (ws) (x) anders wahrnimmt, als in einer monofunktionalen Abortklinik (ak).

$$I(x_{ws}) \neq I(x_{ak})$$

Da innerhalb einer Wochenstation die Chance für das Auftreten aktualisierender Stimuli größer ist, kann in datendeskriptiver Version erwartet werden, daß die abortogenen Irritationen S in (ws) größer zu erwarten sein werden, als in (ak):

$$S_{I_{ws}} > S_{I_{ak}}$$

Eine empirische Stützung dieser Hypothese würde diejenigen therapeutischen/präventiven Strategien unterstützen, die eine Aktualisierung diskordierender Momente zu vermeiden suchen. Als praktische Konsequenz wäre die Einrichtung monofunktionaler Abortkliniken zu empfehlen; die Einrichtung von separaten Abteilungen innerhalb der bestehenden Gynäkologien hat einen ähnlichen Stellenwert.

In einer Unterhypothese kann vermutet werden, daß auch Patienten mit einer anderen, als der untersuchten (Abort-)Operation dem Einfluß einer Wochenstation/Frauenklinik unterlegen sein werden. Während ihres Klinikaufenthaltes dürfte sich die Einstellung bezüglich Abort in Richtung auf geringere Tolerierung bewegen, da auch hier eine Aktualisierung latenter Diskordanzen - unbeschadet der eigenen Unbetroffenheit - aktualisiert werden können.

4.5 Rollendiskordanz

Die Abortrolle kann - wie oben in Abbildung 3 dargestellt - mit oder innerhalb einer Anzahl von Rollen in diskordante Beziehung treten. Als markanteste, diskordanzträchtigste Rolle bietet sich die der aktiven Christin, besonders Katholikin an, weil nach gegenwärtiger kirchlicher Lehre der Schwangerschaftsabbruch abgelehnt wird. Daraus ergibt sich,

daß (1) in den Abortgruppen wenige aktive Katholiken zu erwarten sein werden. Diejenigen, die dennoch einen Abort vornehmen lassen, dürften (2) mit verstärkten Irritationen belastet sein. Hier ergibt sich eine Verbindung zur Hypothese 4.2: die Ungleichheit die I zwischen (x_1) und (x_{ill}) herzustellen vermag, besteht für die idealtypische Katholikin nicht:

$$I_K (x_1) \simeq I_K (x_{ill})$$

Die ecclesiogenen Normen haben für I einen in diesem Kontext höheren Stellenwert, als die dikasteriogenen. Die I_K findet keine Legitimation in der (weltlichen) Fremdverantwortlichkeit und kann von der schützenden Annahme der Ungleichheit bei A ausgehen, die ihr einen Rollenschutz gewähren würde.

$$I_K(x) \neq I_K(A(x))$$

In der datendeskriptiven Manier stellt sich die Erwartung (1) dar

$$P_{I_K} < P_{I_{NK}}$$

Der Prozentanteil P katholischer I dürfte in den Abortgruppen deutlicher unter dem BRD-Durchschnitt liegen, als der der nicht-katholischen I.

Gemäß Erwartung (2) dürfte der Irritationswert S der katholischen I im Abortfall größer sein, als bei den nichtkatholischen I

$$S_{I_K} > S_{I_{NK}}$$

4.6 Kompensation durch Rollenpluralität

Jeder Mensch vereinigt eine Anzahl von Rollen auf sich, von denen jede zum Selbstbefinden beiträgt. Ist die Anzahl der Rollen gering, so hat jede einen größeren Anteil am Selbstbefinden, als wenn die Anzahl größer ist. Mit zunehmender Anzahl der Rollen produziert die Krise einer einzelnen Rolle anteilmäßig weniger Störungen. Eine "Nur-Mutter" kann weniger über eventuelle Irritationen aus einem Abort hinweggehen, als eine Frau mit den Rollen "Mutter, Berufstätige, Vorsitzende im xy-Verein etc.". Mit zunehmender Rollenpluralität (RP) sinkt die bewußtseinsfüllende Breite einer einzelnen Rolle.

$$I_{RP+}(x) \neq I_{RP-}(x)$$

$$S_{I_{RP+}} < S_{I_{RP-}}$$

4.7. Entlastung durch Reformulierung der weiblichen Rolle

Irritierende Momente einer Situation werden in geringerem Umfang zu manifesten Irritationen führen, wenn I weiß, daß sie in diese Situation nie wieder wird kommen können. Eine solche Reformulierung ihrer weiblichen Existenz könnte etwa mit dem Entschluß in ein Kloster einzutreten einher gehen (Zölibat) oder einer anders gearteten Distanz zu Koitus und/oder Konzeption (Menopause, Sterilisation).

Im Zuge dieser Reformulierung kann ein Detail (x) in praktischer Irrelevanz verschwinden.

$$I_{kf}(x) \neq I_{nkf}(x)$$

Die konzeptionsfähige (kf) I denkt über einen Abort anders als eine nichtkonzeptionsfähige (nkf) I. In Bezug auf abortogene Störungen ist zu erwarten, daß

$$S_{I_{kf}} > S_{I_{nkf}} \quad \text{ist.}$$

4.8 Deskription der Gruppen

Rein deskriptiv und unter Verzicht auf Hypothesen sollen die Abortgruppen 1 bis 4 behandelt werden. Eine Charakterisierung der Gruppe 1/2 (II. Trimester) kann als Beitrag zur Prävention von Verschleppung ungewollter Schwangerschaften verstanden werden.

Eine Beschreibung der Gruppe 3 (I. Trimester Niederlande) soll darüber Aufschluß geben, wie sich Frauen beschreiben lassen, die die Notwendigkeit sehen und die Möglichkeit haben, eine ungewollte Schwangerschaft in den Niederlanden unterbrechen zu lassen.

Gruppe 4 charakterisiert die inländische Abortpatientin, in dieser Gruppe kann nur eine begrenzte Repräsentativität angenommen werden.

5. Methode

In dieser Untersuchung wurde versucht das zu realisieren, was IRLE (1975, p. 46) ein "Experiment im Feld" nennt, einen "Vortest-Nachtest-Versuchsplan mit getrennten Stichproben". Dieses Vorgehen hat den Vorteil eines hohen Kontrollierbarkeitsgrades relevanter Variablen in biotischer Situation. Speziell für die peri- und postabortative Situation haben schon SIMON et al. 1966 (p. 388) eine Studie gefordert, in der "experimental und controll groups" verglichen werden.

Das untersuchte Ereignis ist der provozierte Abort. Wie aus Literaturschau und theoretischen Überlegungen deutlich wurde, gibt es jedoch nicht "den" Abort und auch keine einheitliche Reaktion auf diesen. Es ist daher sinnvoll, die Modalitäten des Aborts zu variieren und dann unter Berücksichtigung von vermutlich bedeutsamen Begleiterscheinungen die Reaktion der betroffenen Frau zu registrieren.

5.1 Versuchsplan

Die Modalitäten des Aborts werden als unabhängige Variable (UV) betrachtet. Es sind zu nennen einmal der Abort im II. Trimester in einer niederländischen Klinik, dann der Abort im I. Trimester, einmal in einer niederländischen, einmal in einer inländischen Klinik durchgeführt. Als Kontrollgruppe wird eine Anzahl von Frauen herangezogen, die sich einer moralisch indifferenten, gynäkologisch äquivalenten Operation in einer inländischen Klinik unterzogen haben. Außerdem wird eine Reliabilitätsgruppe erhoben: Frauen in ihrem normalen Alltag, die den gleichen Fragebogen ausfüllten, wie vorgenannte Gruppen. Aus theoretischen (s.o. Kap. 2.22) wie erhebungsökonomischen Gesichtspunkten heraus wurde die Schriftform für die Befragung gewählt.

Die Auswirkungen der Eingriffe schlagen sich in den Reaktions- oder abhängigen Variablen (AV) nieder. Hier wurden - wie oben dargestellt - Korrelate aus dem persönlichkeits-psychologischen und kognitionsmäßigen Bereich als relevant erkannt. Eine Anzahl von Variablen, die diese Auswirkungen erwartungsgemäß beeinflussen können, wurden kontrollierbar gemacht (MV, Moderatorvariablen). Als Meßinstrument diente ein Fragebogen, der von den Probandinnen in der jeweiligen Klinik resp. zu Hause ausgefüllt wurde.

Die Erhebungen wurden durchgeführt im April/Mai 1975 (Aborte II. Trimester), Februar/März (niederländische Aborte, I. Trimester), Februar bis Oktober 1975 (alle übrigen).

Abbildung 4: Versuchsplan

Gruppe, UV	MV	AV	Ereignis	AV
1/2 Abort-Pat. II. Trimester Niederlande	u.a. psychologische, medizinische u. soziographische Daten	vorher wie "nachher"	Abort	nachher u.a. Einstellung, spezifische Ängste, Nervosität - Indikatoren für psychische Irritationen
3 Abort-Pat. I. Trimester Niederlande			Abort	
4 Abort-Pat. I. Trimester BRD			Abort	
5 Gynäkol. Operation, BRD			Operation	
6 Reliabilitäts-Gruppe, BRD			--	

UV: Unabhängige Variablen
MV: Moderatorvariablen
AV: Abhängige Variablen

5.2 Operationalisierung der Variablen

In den vorangegangenen Kapiteln sind eine Anzahl von Fragen aufgetaucht, die ihre Konkretisierung in den Hypothesen gefunden haben. Diese Fragen sollen nachfolgend überprüft werden, was auf sehr verschiedene Arten geschehen kann. Diese Art der Prüfung soll nachfolgend dargestellt werden. Wenn etwa oben "psychische Irritationen" erwähnt wurden, soll hier dargestellt werden, wie diese gemessen wurden, wenn etwa "Neurotizismus" bedeutsam wird, wie dieser diagnostiziert wurde. Dieser Schritt ist notwendig, da es für "die empirische Forschung (nicht) genügt ..., daß die jeweils zentralen Begriffe explizit definiert sind, sondern es müssen darüber hinaus präzise Anweisungen für Forschungsoperationen gegeben werden, mit deren Hilfe entscheidbar ist, ob ein mit dem betreffenden Begriff bezeichnetes Phänomen vorliegt oder nicht" (MAYNTZ et al., 1972, p. 18).

5.21 Unabhängige Variablen (UV)

Das untersuchte Ereignis ist der provozierte Abort in seinen verschiedenen Varianten und mit unterschiedlichen Begleiterscheinungen. Es wurden daher Gruppen gebildet, bei denen sich Art und Begleitumstände dieses Eingriffes unterschiedlich gestalten. Es handelt sich in allen Fällen um bundesdeutsche Frauen im gebärfähigen Alter.

Die Frauen der Gruppe 1/2 wurden in der Bloemenhovekliniek, Heemstede befragt. Sie unterzogen sich hier einem Schwangerschaftsabbruch im II. Trimester ihrer Gravidität. Der Eingriff wird hier durchgeführt bei Nulliparae bis zur 16. Graviditätswoche, bei Multiparae bis zur 18. Woche. Es wurden N = 104 Frauen befragt, die aufeinander folgend in dieser Klinik eintrafen (randomisierte sukzessive Stichprobe). Es wurde von keiner Verweigerung berichtet, eine Verzerrung durch ungewollte Selektion ist von hier nicht anzunehmen. Die Klinik, in der diese Erhebung durchgeführt wurde, ist die einzige in den Niederlanden, in der Unterbrechungen im II. Trimester durchgeführt werden. v.d. BERGH (pers. Mitteilung) berichtet, daß 1975 1550 solcher Operationen durchgeführt wurden bei überwiegend (78 %) deutschen, belgischen und französischen Patientinnen. Die Patientinnen unserer Stichprobe haben die Fragebögen vor und nach der Operation ausgefüllt (N = 65; Gruppe 1); ein Teil füllte den Fragebogen nur vorher oder nachher aus (vorher: N = 30, nachher: N = 9; Gruppe 2). Nur bedarfsweise wurde rechnerisch zwischen den Patientinnen der Gruppe 1 und 2 unterschieden. Die Grundgesamtheit dieser Stichprobe kann mit "bundesdeutsche Frauen, die in den Niederlanden eine Schwangerschaft im II. Trimester abbrechen lassen" umschrieben werden.

Die Frauen der Gruppe 3 wurden in acht verschiedenen Kliniken der Niederlande befragt. Sie unterzogen sich hier einem Abort im I. Trimester ihrer Gravidität. Es wurden N = 195 Patientinnen befragt, davon N = 54 vor und N = 141 nach dem Eingriff. Wegen des relativ kurzen Kliniksaufenthaltes war eine Befragung vor und nach dem Eingriff nicht sinnvoll. Die Befragungen wurden in acht holländischen Kliniken durchgeführt, ebenfalls randomisierte sukzessive Stichprobe. Es wurde von N = 4 Verweigerungen berichtet, dazu kommen zwei weitere Patientinnen, die die Fragebögen unausgefüllt abgegeben haben. Diese relativ geringe

Anzahl von Verweigerungen korrespondiert sowohl mit den Erfahrungen des Verfassers aus Gesprächen mit Patientinnen in den holländischen Kliniken, als auch mit den Berichten von holländischen Kliniksärzten, aus denen eine große Bereitschaft der betroffenen Frauen zu Mitarbeit hervorgeht. Durch die geringe Zahl der Verweigerungen ist eine Verzerrung durch Selektion nicht anzunehmen.

Es konnten acht von vierzehn bestehenden Kliniken zur Mitarbeit gewonnen werden. In einer persönlichen Mitteilung bezeichnete van BREDERODE[1] diese acht Kliniken als diejenigen, die von deutschen Frauen überwiegend aufgesucht werden. So hat z.B. die nicht erfaßte Klinik in Eindhoven die für holländische Verhältnisse niedrige Zahl von zwei bis drei deutschen Patientinnen pro Woche zu verzeichnen (persönliche Mitteilung des Klinisleiters). Die Auswahl der Kliniken läßt eine Verzerrung der erhobenen Daten nicht vermuten; die Grundgesamtheit läßt sich mit "bundesdeutsche Frauen, die in Holland eine Schwangerschaft im I. Trimester abbrechen lassen" umschreiben.

Gruppe 4: Frauen, die sich in inländischen Kliniken einem Abort im Rahmen der hier zulässigen Indikationen unterziehen werden resp. unterzogen haben. Bei einem Teil der Frauen (N = 11) wurde zusätzlich eine Sterilisation durchgeführt. Die Patientinnen dieser Gruppe (N = 65) wurden vor und nach dem Eingriff befragt.

Es konnten sechs inländische Frauenkliniken zur Mitarbeit gewonnen werden, in denen eine sukzessive Stichprobe erhoben wurde. Wegen des relativ geringen Patientenaufkommens (mit dem hier interessierenden Eingriff) zur Zeit der Erhebung, wurden in dieser Gruppe spontane, bzw. als spontan ausgegebene Aborte hinzugenommen. Eine rechnerische Trennung erfolgt bei Bedarf. Eine Zusammenfassung von spontanen und provozierten Aborten scheint gerechtfertigt, da in der Praxis eine Unterscheidung ex post schwierig zu sein scheint. "Es erweist sich in der Praxis als außerordentlich schwierig, zwischen provozierten und spontanen Aborten zu unterscheiden, da heute ein großer Teil der provozierten Aborte ohne Temperatursteigerungen oder sonstigen Komplikationen ver-

---

1) Direktor des NVSH (Nationaler Verein für Sexualreform) Sitz in Den Haag

läuft" und andererseits ist "längst nicht jeder febrile Abort provoziert ..." (CLOEREN & MALL-HAEFELI, 1965, p. 93)[1]. Die Vergleichbarkeit mit den anderen Gruppen muß rechnerisch geprüft werden (vier Verweigerungen).

Gruppe 5: Frauen, die sich in inländischen Kliniken einer dem provozierten Abort vergleichbaren Operation unterziehen werden oder unterzogen haben. Als ideale Vergleichsoperation bot sich die Abrasio an; wegen des zu geringen Auftretens dieser Operation wurden innerhalb der Vergleichbarkeitskriterien andere Eingriffe hinzugezogen. Der Eingriff mußte eine gleiche Dauer des Klinikaufenthaltes erfordern und durfte in keinem Zusammenhang mit einer Gravität stehen (N = 59). Erhebungsmodalitäten wie Gr. 4, zwei Verweigerungen.

Gruppe 6: Frauen, die im vergleichbaren zeitlichen Abstand Fragebögen ausgefüllt haben. Hier handelt es sich um eine "anfallende Stichprobe" (LIENERT 1969, p. 209), mit nicht strenger Repräsentativität. In der Zeit zwischen den beiden Befragungen unterzog sich keine der Probandinnen einem gynäkologischen Eingriff, keine von ihnen war gravid (N = 66).

5.22 Abhängige Variablen (AV)

Als abhängig wurden solche Variablen angesehen, von denen per Theorie zu erwarten war, daß sich bei ihnen - in Abhängigkeit von den jeweiligen Ereignissen - eine Änderung zwischen zwei Messungen nachweisen lassen würde. Dort, wo die Zuordnung einer Variablen als abhängig oder moderierend nicht eindeutig war, wurde sie als abhängige betrachtet und zweimal erhoben.

5.221 Einstellungsfragebogen

Der Einstellungsfragebogen besteht aus zwanzig Items. Diese sind als Behauptungen, die den Themenkreis des provozierten Aborts entnommen sind, formuliert und im LIKERT-Typ zu beurteilen (Fragen Nr. 4-23).

---

1) SCHULZ (1974) referiert, daß nach legalen Interruptiones zwischen 22.8 % und 80 % Temperaturanstieg zu verzeichnen sei.

Als Vorlage diente der von BARDIS (1972) veröffentlichte Fragebogen; dieser wurde übersetzt und mit Patientinnen eines gynäkologischen Krankenhauses sowie einer anfallenden Stichprobe (N = 53) vorgetestet. Die Anzahl der Items konnte gegenüber der Vorlage um fünf verringert werden, da sie sich in der Übersetzung als zu wenig trennscharf erwiesen. Die Items Nr. 6, 9, 14 sind negativ gepolt.

Die Items konnten in fünf Kategorien beantwortet werden:

stimmt gar nicht	(1)
stimmt nicht	(2)
teils/teils	(3)
stimmt	(4)
stimmt genau	(5)

In der Verschlüsselung wurden den Antworten die Werte 1 bis 5 zugeordnet, so daß sich ein Gesamtpunktwert pro Proband zwischen 20 und 100 ergibt. Hierbei entspricht der Wert 20 einer den provozierten Aborten stark ablehnenden Einstellung, der Wert 100 einer dieser Operation tolerierenden Einstellung. Der Test ist logisch valide, er hat eine hoch signifikante Retest-Reliabilität von r = 0.94; Meßwiederholung nach einer Woche. Die Rohwerte sind normalverteilt (chi^2 = 6.49 $p < 0.05$). Die Reliabilitätswerte der Vorlage liegen zwischen r = 0.93 (Retest) und r = 0.97 (split half) (BARDIS 1972).

5.222 Persönlichkeitszüge

Hier wurde auf Instrumente zurückgegriffen, die auf faktoren-analytischem Wege entstanden sind.

Extraversion/Introversion, gemessen mit der MPI-Kurzform von EYSENCK (1959), 6 Items, Reliabilität (split half) r = 0.71.

Neurotische Tendenz, Kurzform aus MPI, 6 Items, Reliabilität (split half) r = 0.79.

Rigidität, gemessen mit der Skala nach BRENGELMANN & BRENGELMANN (1960), in der Kurzform nach WIENDIECK & LÜCK (1969), 6 Items, Reliabilität (split half) r = 0.52.

FPI - Kurzformen nach FAHRENBERG, SELG & HAMPEL (1973, je 6 Items, a = Konsistenzkoeffizient:

1: Nervosität, a = 0.67
2: Aggressivität, a = 0.68
3: Depressivität, a = 0.74
4: Erregbarkeit, a = 0.80
8: Gehemmtheit, a = 0.76
9: Offenheit, a = 0.67
N: emotionale Labilität, a = 0.74

Bei der Existenz von ähnlichen Instrumenten erfolgte die Auswahl nach testökonomischen Gesichtspunkten, nach Anzahl der Items und Reliabilität.

Bei dem oben gebrauchten Begriff der "psychischen Irritationen" handelt es sich um ein bewußt weitgefaßtes, unspezifisches Syndrom psychischer Störungen in Form von Erregungen oder Beunruhigungen. Diese Störung manifestiert sich in gegebenem Zusammenhang in erhöhten Werten der Skalen Neurotizismus, Depressivität, Nervosität, Aggressivität, Erregbarkeit oder Gehemmtheit. Da die Skalen des FPI daraufhin konstruiert wurden, daß sie nur wenig miteinander korrelieren, ist nicht zu erwarten, daß alle Skalen gleichzeitig erhöhte Werte annehmen.

5.223 Abortspezifische Ängste

Bei der Entscheidung für den Abort spielt eine Antizipation des Zustandes "danach" mit hinein. Diese Antizipation kann mit Befürchtungen belegt sein, die nicht mit einer allgemeinen Angst-Tendenz zu korrelieren braucht. Es werden hier spezifische Befürchtungen erfragt, die von der Probandin im Zusammenhang mit einem provozierten Abort gehegt werden. Von zentraler Bedeutung für die Überlegungen einer Frau, die eine Schwangerschaft abbrechen lassen will, scheinen medizinische, psychische und soziale Probleme zu sein (vergl. AUCLAIRE 1969, GEBHARD et al. 1969, PROSS 1971). Hier erfragen je zwei Items Befürchtungen aus diesen Bereichen.

Die Items zu medizinischen Befürchtungen vergleichen das Risiko eines provozierten Aborts mit den als subjektiv geläufig angenommenen Risiken einer Geburt und einer Blinddarm-Operation (Nr. 3, 24).

Die Items zu psychischen Befürchtungen fragen nach der Erwartung von postabortativen seelischen Konflikten, Reue, Schuldgefühlen allgemein bei Frauen (Nr. 25, 27). Die Items, die soziale Befürchtungen betreffen, fragen nach den erwarteten Reaktionen aus der sozialen Umwelt, der Verwandtschaft und Bekanntschaft und, noch auf den Kliniksaufenthalt bezogen, nach den Reaktionen von Krankenschwestern (Nr. 2, 31).

5.23 Moderatorvariablen (MV)

Neben der Art des Eingriffes, die als unabhängige Variable berücksichtigt wird, ist eine Anzahl von Variablen geeignet, den Psychostatus nach dem Eingriff mit zu beeinflussen. Wie oben dargestellt, können lebensgeschichtlich Verhaltensdeterminanten erworben werden, die in der aktuellen Situation zum Tragen kommen. Hier werden ausgewählte soziographische Daten auf ihre Prädiktorenqualität hin überprüft. Weiterhin sollen Variablen aus dem körperlich/medizinischen Bereich überprüft werden; hierzu werden Daten verwendet, die auf dem Krankenblatt verzeichnet sind sowie eigene Angaben der Patientinnen.

5.231 Soziographische Daten

In Bezug auf die Situation in Kindheit und Jugend wird nach dem Beruf und Schulabschluß des Vaters gefragt, resp. nach dem der Mutter, wenn die Probandin überwiegend mit dieser zusammengelebt hat (Nrn. 32, 33). Anzahl der Geschwister und Rangplatz in der Geschwisterreihe werden in den Items Nr. 34 und 35 erfragt. Informationen zur Konfession und zum Kirchenbesuch erfragen die Items 29 und 30, zur Größe des Wohnortes gegenwärtig und in der Jugend die Nrn. 36 und 37. Weitere Hintergrundinformationen bringen die Fragen nach Alter und Zivilstand (Nrn. 38, 39), nach Schulabschluß und Beruf der Probandin und - falls verheiratet - ihres Mannes, nach Berufstätigkeit und Ausbildungsstatus (Nrn. 45 - 49).

Die Berufsbezeichnungen, die in Klartext erfragt wurden, mußten EDV-gerecht verschlüsselt werden. Hierzu wurde eine Berufsindizierung in Anlehnung an KLEINING/MOORE (1968) vorgenommen. Die Anzahl der Berufe, die hier eingeschätzt wurden, wurde in neun gleiche Intervalle unterteilt. Diesen Intervallen wurde dann Indexwerte 1 bis 9 zugeordnet,

wobei 1 statushohe und 9 statusniedrige Berufe bezeichnet. Nachfolgende Darstellung verdeutlicht die Indizierung

Bezeichnung nach KLEINING/MOORE	Berufsränge nach KLEINING/MOORE	hier verwendete Indexwerte
Oberschicht	1 - 8	1
Obere Mittelschicht	9 - 16	2
Mittlere Mittelschicht	17 - 24	3
Untere Mittelschicht	25 - 32	4
	33 - 40	5
Obere Unterschicht	41 - 48	6
	49 - 56	7
Untere Unterschicht	57 - 63	8
Sozial Verachtete	64 - 70	9

5.232 Körperlich/medizinische Daten

Die Daten dieses Bereiches wurden im Inland dem Krankenblatt entnommen, in den ausländischen Kliniken mußten die Angaben von den Probandinnen erhoben werden. Es wurde nach Anzahl der Geburten, Fehlgeburten bzw. Kindern gefragt (Nrn. 40, 41, 53, 54), nach Regelzyklus, Blutungsdauer und Regelmäßigkeit des Zyklus und ob die Menstruation schmerzhaft ist (Nrn. 43, 56, 57). Menarche, Ovulaitonshemmer-Gebrauch werden in den Fragen (Nrn. 42, 58) erhoben. Weiterhin wurde berücksichtigt, ob der behandelnde Arzt - im Falle der Fehlgeburt - eine Abtreibung vermutet, ob die Patientin sterilisiert wurde (Nr. 60); der behandelnde Arzt wurde um eine Stellungnahme gebeten bezüglich medizinischer Komplikationen, Symptomen für psychische Konflikte und dem Allgemeinzustand der Patientin (Nrn. 62-64). Das Selbstbefinden der Patientin wurde in Frage Nr. 50 erhoben.

5.233 Varia

Es wurde die Probandin um eine Schätzung der jährlichen Abtreibungszahl gebeten (Nr. 1)[1)], sie wurde nach ihrer Meinung bezüglich vorehelichen Geschlechtsverkehrs gefragt (Nr. 26) und danach, ob sie jemanden kennt, bei dem ein Schwangerschafts-Abbruch durchgeführt wurde (Nr. 28).

1) Hier wird die Zahl der jährlichen Geburten mit "etwa 1 Million" (zu hoch) angegeben, um die Probandin innerhalb des gewohnten metrischen Systems schätzen zu lassen.

5.3 Versuchsleiter (Vl)

Als Vl fungierten in den Gruppen 1 bis 5 Personal der jeweiligen Klinik, d.h. die Fragebögen wurden vom behandelnden Arzt oder der Krankenschwester ausgegeben und eingesammelt. Die Frage des Vl-Einflusses kann hier vernachlässigt werden, da er durchaus gewollt als Bestandteil der jeweiligen Situation mit in die Beantwortung eingeht. Bei den Probandinnen der Gruppe 5 wurden die Fragebögen vom Verfasser ausgegeben und eingesammelt, sie wurden jedoch jeweils zu Hause ausgefüllt, so daß hier der Vl-Einfluß vermutlich unerheblich ist.

5.4 Probandinnen/Patientinnen

Befragt wurden in allen Gruppen bundesdeutsche Frauen im gebärfähigen Alter. Gruppe 1 - 3 wurde in holländischen Kliniken erhoben, bei Frauen, die sich einem Schwangerschaftsabbruch unterziehen werden oder unterzogen haben.

In Gruppe 4 wurden Frauen in inländischen Frauenkliniken befragt, die sich nach geltendem Recht einem Schwangerschaftsabbruch unterziehen werden bzw. unterzogen haben.

Gruppe 5 erfaßt Frauen (in den gleichen Kliniken erhoben wie Gr. 4), die sich einer gynäkologischen Operation unterziehen werden, bzw. unterzogen haben.

In Gruppe 6 wurden Frauen befragt, die sich außerhalb einer Klinik befanden, nicht schwanger waren und sich im Zeitraum zwischen den beiden Befragungen keiner Operation unterzogen.

5.5 Durchführung der Erhebung

Intentionsgemäß sollten Patientinnen nach einem - gemäß bundesdeutschen Recht - legalen provozierten Abort solchen gegenübergestellt werden, die sich einem illegalen unterziehen. Die Hauptschwierigkeit lag im Auffinden von Patientinnen nach einem illegalen Schwangerschaftsabbruch, da diese Operationen, wegen der zu erwartenden negativen legalen Sanktionen, regelmäßig geheim durchgeführt werden. Der interessante Fall des illegalen Aborts, der vom Nicht-Mediziner durchgeführt wird, wäre kaum in bedeutsamer Zahl zu erheben gewesen, da er nach verschiedenen Autoren

zahlenmäßig nur mehr gering auftritt (z.B. HUSSLEIN, 1972; WILLE, 1974) und zudem hier die größte Scheu vor einer Entdeckung anzunehmen war. Die Befragung von Patientinnen deutscher Mediziner, die illegale Aborte durchführen, dürfte ebenfalls am Widerstand der Beteiligten scheitern, zumindest war keine bedeutsame Anzahl von Probandinnen zu erwarten. Zudem wäre eine starke Verzerrung der Repräsentativität durch Selektion anzunehmen. Solche Verzerrungen sind zwar nolens volens bei einer Arbeit mit Studiencharakter in Kauf zu nehmen, jedoch zeigte sich ein anderer Weg auf, bei dem - unter Umdefinierung der Grundgesamtheit - die Verzerrung als minimal zu erwarten war. Erschwerend war noch die Forderung, daß alle Patientinnen in einem vergleichbaren Zeitpunkt befragt werden sollten. Es schien eine solche Erhebung nur dann erfolgversprechend zu sein, wenn sie in der Klinik/Praxis durchgeführt wurde und das setzt das Einverständnis des behandelnden Arztes voraus. Ein solches Einverständnis war nur dort zu erwarten, wo die Mediziner nicht mit gesetzlichen Sanktionen zu rechnen brauchen; da zugleich aber bundesdeutsche Frauen im Blickpunkt des Interesses standen, ergab sich die Notwendigkeit, im benachbarten Ausland zu erheben.

Von den in Frage kommenden europäischen Ländern boten die Niederlande die besten Voraussetzungen. Hier dürften die meisten deutschen Frauen zu erwarten sein, da 1975 diese Kliniken am bekanntesten zu sein schienen, die Honorare als günstig galten und die Reisewege aus weiten Teilen der BRD der kürzeste ist. Durch dieses Ausweichen auf ausländische Kliniken ist eine Verzerrung der Stichprobe anzunehmen[1]. Wegen des Studiencharakters dieser Bearbeitung erschien es jedoch sinnvoll, eine neue Grundgesamtheit zu definieren: Alle Frauen, die sich 1975 (in der BRD wohnhaft) in den Niederlanden einem Schwangerschaftsabbruch unterziehen. Über die Repräsentativität der Stichproben in Bezug auf diese Grundgesamtheit wurde oben bei der Beschreibung der Gruppen Stellung genommen.

Bei Planung der Erhebung waren elf Anschriften niederländischer Kliniken bekannt, in denen Aborte durchgeführt werden. Diese wurden vom Direktor des Seminars für Wirtschafts- und Sozialpsychologie der Universität Göttingen mit einem längeren Brief angeschrieben, in dem Ziel und Zweck

---

1) Bei einer Grundgesamtheit: alle bundesdeutschen Frauen, die sich Mitte der 70er Jahre einem Abort unter Umgehung einer Begutachtung unterziehen.

der Untersuchung geschildert wurden und die Bitte um Unterstützung enthielt. Zudem erhielten die Ärzte einen Musterfragebogen. In Telefongesprächen wurde anschließend ein Besuchstermin vereinbart, bei dem evtl. auftretende Fragen erörtert werden sollten. Ende Januar 1975 fuhr der Verfasser in die Niederlande und besprach die Einzelheiten der Erhebung. Bei dieser Gelegenheit, wie auch beim zweiten Besuch, ergab sich die Möglichkeit zu längeren Gesprächen mit den Patientinnen. Die Bereitwilligkeit der Patientinnen und Ärzte zur Mitarbeit war bemerkenswert groß. Von den angeschriebenen Kliniken entfielen zwei aus technischen Gründen, eine dritte, die von einem Ärztegremium geleitet wird, hatte noch keine Entscheidung gefällt. Bei diesen Gesprächen ergab sich auch in Heemstede die Möglichkeit, Patientinnen nach einem Abort im zweiten Trimester zu erheben. Ende März fuhr der Verfasser erneut in die Niederlande, um mit Ärzten und Patientinnen zu sprechen, sowie die ausgefüllten Fragebögen in Empfang zu nehmen. Bei dieser Gelegenheit konnte auch eine Besprechung mit dem Direktor des NVSH (Nationaler Verein für Sexualreform), van BREDERODE ermöglicht werden.

Schon mit Beginn der theoretischen Vorarbeiten wurde Kontakt zu deutschen Frauenkliniken gesucht. Auch hier ist eine hohe Bereitschaft zur Mitarbeit bei Ärzten und Patientinnen zu berichten. Von neun angesprochenen Kliniken zeigten sich sechs zur Mitarbeit in der vorgesehenen Form bereit. Vor Beginn der Haupterhebungen konnten in der Frauenklinik der Stadt Hanau Vorerhebungen ermöglicht werden. Die Kliniken wurden ebenfalls vom Verfasser aufgesucht, um mit den jeweiligen Kliniksleitern die notwendigen Einzelheiten zu besprechen.

Die Probandinnen der Gruppe 6 wurden per "Flüsterwerbung" erhoben, es handelt sich hier hauptsächlich um Studentinnen und deren weiblicher Verwandtschaft und Bekanntschaft.

5.6 Bildung von Extremgruppen

Für die Bewertung von Variablen auf ihre Prädiktorenqualität ist es notwendig, eine Gruppe von Frauen zu finden, denen es nach einem Abort deutlich schlechter geht als vor dem Eingriff. Zum Vergleich ist es sinnvoll, eine Gruppe von Frauen ausfindig zu machen, denen es "danach" deutlich besser geht. Sind diese beiden Gruppen vorhanden, ist es möglich

nach Variablen zu suchen, die für diesen veränderten Psychostatus (mit) ausschlaggebend sind. In anderer Formulierung gestaltet sich das Problem als Suche nach zwei Gruppen von Frauen, von denen die eine nach dem Eingriff einen höheren, die andere einen niedrigeren Grad an psychischen Irritationen aufweist, als vor dem Eingriff. Der Indikator "Selbstbefinden" (Frage Nr. 50) ist wegen dissonanztheoretischer Implikationen zu problematisch und muß einer ergänzenden Auswertung vorbehalten bleiben.

Zu einer ersten Analyse wurden die Skalen

Neurotische Tendenz (MPI)
Nervosität (FPI 1)
Aggressivität (FPI 2)
Depressivität (FPT 3)
Erregbarkeit (FPI 4)
Gehemmtheit (FPI 8)
Emotionale Labilität (FPI N)

herangezogen. Da jede Meßwiederholung eine gewisse Varianz der Meßwerte ergibt, müssen solche Instrumente gesucht werden, die in den Experimentalgruppen eine stärkere Tendenz der Veränderung aufweisen, als in den Kontrollgruppen. Mit diesen, für die gegebene Fragestellung als sensibel identifizierten Instrumenten können dann die Probandinnen den Extremgruppen innerhalb der Experimentalgruppen zugeordnet werden.

Es wurden für die genannten Skalen die Differenzwerte für jede einzelne Probandin ermittelt,

$$D = W_{vorher} - W_{nachher}.$$

Die Verteilung der Differenzen D auch der Kontrollgruppe 6 galt als Maßstab, der an die Verteilungen der Gruppen 1/4 und 5 angelegt wurde. Gruppe 1 und 4 wurden hier als Abortgruppe zusammengefaßt.

Die Varianzen der addierten Differenzwerte D aller Skalen über Gruppe 6 ergab gegenüber Gruppe 1/4 und 5 kein befriedigendes Ergebnis, da sich die Skalen teilweise in ihren Werten gegenseitig aufhoben. Dieses war im gewissen Rahmen zu erwarten, da die FPI-Skalen nur niedrig miteinander korrelieren (FAHRENBERG et al. 1973).

Die Analyse aller möglicher Skalenkombinationen ergab eine optimale Lösung bei den Skalen

Depressivität (FPI 3)
Emotionale Labilität (FPI N)
Neurotische Tendenz (MPI),

wobei die FPI 3 den Hauptteil der Varianz ausmacht.
Da FPI 3 und FPI N mit r = 0.89 korrelieren (FAHRENBERG et al., p. 38), ist eine Ergänzung um die N-MPI Werte als unabhängig validierte Skala sinnvoll.

Die Addition der Anzahl der Probandinnen über die jeweiligen Differenzwerte D bei den drei fraglichen Skalen ergibt folgende Verteilung (in % umgerechnet):

Abbildung 5

Gruppe 5	0	.7	0	3	13	57	16	6.8	1.8	1.8
Gruppe 6	.5	0	1	6.6	10	57	17	5.4	2.5	0
Gruppe 1/4	.3	.6	.9	6.7	18	47	18	6.4	1.5	.6
D	-5	-4	-3	-2	-1	±0	+1	+2	+3	+4

- Angaben in % -

Es zeigt sich, daß bei rd. der Hälfte der Messungen keine Veränderungen auftreten; bei der Reliabilitäts (6)- und der Kliniks (5)-Gruppe überwiegen die Plus-Differenzen mit rd. 25 % den Minus-D mit rd 17 %. Bei der Abort-Gruppe (1/4) zeigt sich in dieser Skalenkombination eine um rd. 8 % häufigere Verschlechterung (rd. 25 %). Diese Differenz korrespondiert mit den geringen Vorher/Nachher-Veränderungen, die unten dargestellt werden.

Probanden mit einer Veränderung von D ≥ +1 wurden der Extremgruppe "besser" zugeordnet, bei einer Veränderung von D ≥ -1 der "schlechter"-Gruppe. Vereinigte ein Proband in den fraglichen Skalen + und - Veränderungen auf sich, so wurde er eliminiert, um die Gruppen in den Kriteriumsvariablen widerspruchsfrei zu halten. Ein Teil der Probanden vereinigt auf sich zwei oder drei Veränderungen in der gleichen Richtung. Die "besser"-Gruppe hat N = 37 Probandinnen, davon N = 18 mit zwei und N = 3 mit drei Veränderungen in gleicher Richtung; die "schlechter"-Gruppe hat N = 38 Probandinnen (davon N = 15 mit zwei und N = 3 mit drei Veränderungen in gleicher Richtung). Die Probandinnen vereinigen jeweils 25.6 % der extremen Merkmalsabweichungen auf sich.

5.61 Diskriminanzanalytische Kontrolle dieses Vorgehens [1)]

Auf diesem Wege soll (1) geprüft werden, ob sich die drei ausgewählten Kriteriumsvariablen für die Bildung von Extremgruppen als optimal erweisen und ob sie (2) Extremgruppen zu trennen vermögen.

ad 1. wurden die Differenzen D der sieben fraglichen Skalen von allen Probanden der Gruppen 1 und 4 einer Diskriminanzanalyse unterzogen. Es bestätigt sich, daß die Variable Depression (FPI 3) am höchsten lädt; außerdem zeigt sich, daß die drei Variablen MPI-N, FPI 3 und FPI N eine signifikante Trennung zwischen zwei Gruppenhälften erlauben ($F(3, 114) = 3.047$; $p < 0.05$).

ad 2. Unterzieht man die Extremgruppen einer Diskriminanzanalyse unter Verwendung der Kriteriumsvariablen, so ergibt sich erwartungsgemäß eine deutliche hoch signifikante Trennfunktion. Die Probanden können zu 100 % der jeweiligen Gruppe zugeordnet werden ($F(3, 70) = 54.77919$; $p < 0.005$). Der Computer-Ausdruck dieser Analyse ist als Abbildung 6 wiedergegeben. VARIABLE 1 ist MPI-N; 2 ist FPI Depression; 3 ist FPI N. Unter "MEAN 1 " sind die gemittelten Veränderungen aufgeführt für die "schlechter"-Gruppe, unter "MEAN 2" für die "besser"-Gruppe. Es zeigt sich etwa bei der Variablen 3, daß sich Gruppe "MEAN 1" um -0.89474 verschlechtert hat, während sich Gruppe "MEAN 2" um 1.00000 verbessert hat. Zwischen "RANK" 38 und 39 wird deutlich Gruppe 1 von 2 getrennt.

---

1) Eine genauere Beschreibung der Diskriminanzanalyse erfolgt unten, Kapitel 6.2

Abbildung 6 : Diskriminanzanalytische
Trennung der Extremgruppen

```
BMD08M - DISCRIMINANT ANALYSIS-TWO GROUPS - VERSION OF MAY  26, 1964
HEALTH SCIENCES COMPUTING FACILITY, UCLA

 PROBLEM NO.  08
 NUMBER OF VARIABLES    3

 VARIABLE MEANS BY GROUP AND DIFFERENCE IN MEANS
 VARIABLE        MEAN 1          MEAN 2          DIFFERENCE
   1           -.447737         .80556         -1.25292
   2           -.84211          .66667         -1.50877
   3           -.89974         1.00000         -1.89974

 SUM OF PRODUCTS OF DEV. FROM MEANS
        93.03363          -9.64912          -10.21053
        -8.64912          51.05263          32.36842
       -10.21053          32.36842          65.57895

 INVERSE OF SUM OF PRODUCTS OF DEV. FROM MEANS
          .02435            .00251            .00255
          .00251            .02877           -.01381
          .00255           -.01381            .02296

 DISCRIMINANT FUNCTION COEFFICIENTS
         -.03917           -.02038           -.02493

 MAHALANOBIS DSQUARED          9.14379

 F( 3, 701)=          50.77919

 POP. NO.     SAMPLE SIZE        MEAN Z              VARIANCE Z          STD. DEV. Z
     1             38            .05637               .04168              .04094
     2             38           -.07003               .04186              .04308

          FIRST GROUP        SECOND GROUP     FIRST GROUP   SECOND GROUP
 RANK      VALUES              VALUES          ITEM NO.      ITEM NO.
   1          .16768                             16
   2          .14968                              9
   3          .14948                             16
   4          .13096                             38
   5          .12319                             17
   6          .09643                              8
   7          .09441                              7
   8          .07843                             17
   9          .07322                              1
  10          .07825                              2
  11          .07621                             21
  12          .07579                             34
  13          .06568                             27
  14          .06516                             32
  15          .06486                              4
  16          .06432                             34
  17          .06435                              6
  18          .06431                             34
  19          .06317                             20
  20          .06271                              4
  21          .06210                             37
  22          .06076                             10
  23          .05912                             26
  24          .05891                             12
  25          .05851                             24
  26          .05761                             14
  27          .05691                              3

  28          .05637                             13
  29          .05601                             22
  30          .05531                             18
  31          .05469                             15
  32          .05437                             11
  33          .05396                              5
  34          .05350                             13
  35          .05326                              2
  36          .05290                              4
  37          .05258                              4

  38                            -.00945            1
  39                            -.02949            7
  40                            -.03740            4
  41                            -.04369           18
  42                            -.04683           34
  43                            -.04949.          35
  44                            -.05019            6
  45                            -.05191           10
  46                            -.05301           17
  47                            -.05391           12
  48                            -.05391.          36
  49                            -.05391.          24
  50                            -.05512           22
  51                            -.05617           26
  52                            -.05912           33
  53                            -.05914           36
  54                            -.06430           24
  55                            -.06432           28
  56                            -.06435           29
  57                            -.06467            7
  58                            -.06481           16
  59                            -.07027           20
  60                            -.07989           32
  61                            -.08447            8
  62                            -.08447           19
  63                            -.08447           21
  64                            -.08989           11
  65                            -.09071           30
  66                            -.09867           22
  67                            -.10319           14
  68                            -.11099            3
  69                            -.11737           23
  70                            -.12367           31
  71                            -.12810            5
  72                            -.13273           27
  73                            -.13694            9
  74                            -.13999           17
```

6. Ergebnisse

Um die Datenmenge aus den durchgeführten Befragungen ökonomisch auswerten zu können, war der Einsatz eines Computers notwendig. Die Daten wurden kodiert, abgelocht, kontrolliert und dann verwertet. Die Rechenarbeiten wurden an der UNIVAC 1108 der Gesellschaft für wissenschaftliche Datenverarbeitung Göttingen durchgeführt. Die Programme wurden selbst geschrieben, mit Ausnahme das für die Diskriminanzanalyse: BMDφ4M - Discriminant Analysis - Two Groups - Version of May 26, 1964, Health Sciences Computing Facility, UCLA.

6.1 Beschreibung der Stichprobe

Es wurden insgesamt N = 489 bundesdeutsche Frauen befragt, davon N = 104 vor und nach einem provozierten Abort im II. Trimester (Gruppe 1/2), N = 195 vor oder nach einem solchen Eingriff im I. Trimester (Gruppe 3). Diese Gruppen wurden in den Niederlanden erhoben. An provozierten Aborten, I. Trimester konnten in inländischen Kliniken N = 65 Frauen befragt werden (Gruppe 4). Als Kontrollgruppe dienten N = 59 Patienten bundesdeutscher Kliniken mit kleineren gynäkologischen Operationen (Gruppe 5). Als Reliabilitätsgruppe wurden N = 66 Frauen befragt (Gruppe 6).

Verweigerer waren außerordentlich selten, in bundesdeutschen Kliniken 6 % der Abort-Patientinnen, in den Niederlanden 2 %. Fragebogenabbrüche kamen ebenfalls selten vor. Insgesamt konnte - wie schon bei den mündlichen Befragungen - eine große Bereitschaft der Patientinnen zur Mitarbeit festgestellt werden.

6.11 Aktuelle Situation der Probandinnen, soziographische Informationen

Die Altersverteilung der befragten Frauen ist in Tab. 1 dargestellt. Das Alter schwankt zwischen 14 und 45 Jahren, die Mittelwerte der Gruppen liegen zwischen 26 und 29 Jahren, gegenüber einem gewichteten Mittelwert der bundesdeutschen Frauen zwischen 15 und 45 von 29.9 Jahren. Das gewichtete mittlere Alter der Abortpatientinnen beträgt 27.4 Jahre.

Tabelle 1: Altersverteilungen nach Gruppen geordnet

Gruppe	$\bar{x}$	s^2	s	Variationsbreite	n
1/2	26	50.3	7.1	14 - 45	104
3	28	47.5	6.9	16 - 42	195
4	28	38.6	6.2	17 - 42	65
5	29	26.2	5.1	17 - 41	59
6	26	27.6	5.2	18 - 45	66
BRD [1]	29.9	-	-	15 - 45	rd. 12.4 Mill.
Abort-Pat. [2]	29.03	-	-	13 - 46	340

Unterschiede zwischen den Mittelwerten sind bei 2 Jahren signifikant (S), bei 3 Jahren hochsignifikant (HS)

1) gewichtetes Mittel der weiblichen Wohnbevölkerung der BRD, Stat. Jahrbuch 1975
2) SCHULZ 1974

In Tabelle 2 ist der Schulabschluß der Probandinnen nach Gruppen geordnet dargestellt, sowie die Zahlen für die weibliche Wohnbevölkerung. Es zeigt sich, daß die Abortpatientinnen einen durchschnittlich deutlich höheren Schulabschluß haben, als der BRD-Durchschnitt. Der unverhältnismäßig hohe Anteil von Abiturientinnen in Gruppe 6 wird bei weiteren Interpretationen zu berücksichtigen sein. Dieser hohe Anteil schlägt sich auch in der Aufschlüsselung nach Berufen nieder (Tabelle 3). Probandinnen, die sich noch in der Ausbildung befanden, wurden dem Beruf zugeordnet, zu dem diese Ausbildung führt. So sind in Gruppe 6, Berufsindex 3 von den 59 % rd. zwei Drittel Studentinnen; in Gruppe 3, Berufsindex 8 sind rd. drei Viertel der Probandinnen Hausfrauen. Als Vergleichsnorm wurden Zahlen von KLEINING (1971, p. 22) herangezogen, die jedoch nicht nach Geschlecht aufgeschlüsselt vorliegen. Eine altersmäßige Vergleichbarkeit ist durch die Wahl des Geburtszeitraumes von 1940 gewährleistet. Die Indizierung besagt, daß eine niedrige Zahl einen statushohen, eine hohe Zahl einen statusniedrigen Beruf repräsentiert. So sind unter Index 1 etwa zusammengefaßt "Universitätsprofessor, Chefarzt, Generaldirektor, Gesandter", unter Index 9 etwa "Straßenreiniger, Parkwächter oder Müllabfuhrarbeiter".

Tabelle 2: Schulabschluß der befragten Frauen und BRD-Durchschnitt, in %

Gruppe	Volksschule	Mittelschule	Abitur
1/2	59.7	21.0	19.3
3	42.5	37.6	19.9
4	63.2	20.4	16.4
5	68.3	22.0	9.7
6	7.6	16.6	75.8
BRD ♀ [1)]	85.2	11.3	3.5

1) Die 1970 15-45jährigen der weiblichen bundesrepublikanischen Wohnbevölkerung gaben als höchsten Schulabschluß an ... (Stat. Jahrbuch 1974, p. 82)

Tabelle 3: Indizierung der angegebenen Berufe der befragten Frauen und BRD-Durchschnitt, in %

Gruppe	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1/2	3	2	4	9	25	28	26	3	0
3	0	3	10	5	21	32	9	20	0
4	0	0	8	13	12	32	32	3	0
5	3	6	10	10	10	28	23	10	0
6	4	7	59	13	6	7	2	2	0
BRD [1)]	5.7		11.6	39.4		32.2		10.1	1

1) KLEINING (1971, p. 22), Geburtszeitraum 1940, nicht nach Geschlechtern aufgeschlüsselt

Gruppe 3, Index 8: davon 15.8 % Hausfrauen
Gruppe 6, Index 3: davon 42.3 % Studentinnen

Tabelle 4: Berufstätigkeit der befragten Frauen und BRD-Durchschnitt, in %

Es sind zum Zeitpunkt der Untersuchung berufstätig, resp. in Ausbildung

Gruppe	%	
1/2	66	
3	67	
4	62	
5	50	
6	76	
BRD	rd. 67	(Stat. Jahrbuch 1975)

Die Index-Mittelwerte bei Schule und Beruf zeigen - außer bei Gruppe 6 - eine gute Vergleichbarkeit der Gruppen untereinander als auch mit dem BRD-Durchschnitt. Bei der aktuellen Berufstätigkeit ist diese Vergleichbarkeit zwischen den Abortgruppen und dem Bundesdurchschnitt anzunehmen.

Bezüglich der Konfession (Tab. 5) zeigt sich eine deutliche Überrepräsentation der evangelischen Probandinnen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Für die Gruppen 1 - 3 ist diese interpretationsfähig, während sich die Zahlen der Gruppen 4 - 5 durch die Einzugsbereiche der jeweiligen Kliniken erklären lassen. Zur Frage der Kirchenbindung (Tab. 6) ist der Vergleich mit einer Norm nur bedingt möglich. Die bei GIESE et al. (1968) gefundenen Zahlen beziehen sich nur auf Studentinnen, zudem schien es angebracht für neuere Untersuchungen die Antwortmöglichkeit "ausgetreten" zu ergänzen. Im Vergleich zwischen den Gruppen zeigt sich, daß Gruppe 4 deutlich mehr regelmäßige Kirchgänger aufweist, als die anderen Gruppen.

Tabelle 5: Verteilung der Konfessionen, befragte Frauen und Bundesdurchschnitt (in %)

Gruppe	evangelisch	katholisch	andere/keine
1/2	61	36	3
3	61	34	5
4	64	30	6
5	86	12	2
6	69	31	0
BRD [1)]	49	45	6

1) Stat. Jahrbuch 1975

Tabelle 6: Kirchenbindung der befragten Frauen und Vergleichswerte

Es gaben einen Kirchenbesuch an ... (in %)

Gruppe	regelmäßig	unregelmäßig	selten	nie	ausgetreten
1/2	2	28	49	14	7
3	3	15	59	17	6
4	10	31	39	14	6
5	5	16	58	14	7
6	3	21	23	39	14
GIESE	17	29	36	17	-
FRIEDEBURG	27	23	29	21	-

(GIESE, 1968, p. 280 f., ohne "ausgetreten", Studentinnen; v. FRIEDEBURG, 1953, p. 46)

Tabelle 7: Größe des Wohnortes, in dem die Probandinnen ihre Jugend verbracht haben resp. gegenwärtig wohnen und BRD-Durchschnitt, in %

Gruppe	unter 20.000	20. - 100.000	100. - 200.000	über 200.000	über 100.000
		... in der Jugend			
1/2	44.4	24.3	11.1	31.3	20.2
3	41.2	24.2	12.1	34.6	22.5
4	52.0	18.0	12.0	30.0	18.0
5	47.5	17.5	15.0	35.0	20.0
6	46.1	26.2	9.2	27.7	18.5
BRD 1961 [1]	50.5	16.0	-	33.5	-
		... gegenwärtig			
1/2	46.9	19.4	12.2	33.7	21.5
3	29.2	23.6	13.5	47.2	33.7
4	36.7	18.4	8.2	44.9	36.7
5	40.0	20.0	20.0	40.0	20.0
6	10.6	19.7	62.1	69.7	7.6
BRD 1974 [1]	43.6	23.6	7.3	32.8	25.5

1) Stat. Jahrbuch 1962, 1975

Frauen, die einen Abort erst im II. Trimester der Gravidität durchführen lassen, kommen häufiger aus einem kleineren Ort, als andere Abortpatientinnen, wenngleich sie sich vom Bundesdurchschnitt nicht wesentlich unterscheiden. Die Abortpatientinnen der Gruppe 3 (I. Trimester/ Niederlande) kommen dagegen deutlich seltener aus einem kleinen Ort unter 20.000 Einwohnern, deutlich häufiger aus einer Stadt über 100.000 und über 200.000 Einwohnern (Tab. 7).

Beim Zivilstand der befragten Frauen zeigt sich eine relativ große Bandbreite, die im gewissen Rahmen mit der Altersverteilung einher geht (Tab. 8). Die Gruppen mit dem geringsten Durchschnittsalter (Gruppe 1/2 und 6) sind seltener verheiratet als Gruppe 5, die höchstes Durchschnittsalter und Verheiratetenquote auf sich vereinigt. Etwas überhöht sind im Vergleich zum Bundesdurchschnitt die Anteile der verwitweten und geschiedenen Frauen in den Gruppen 1 bis 5.

Tabelle 8: Zivilstand der befragten Frauen und Bundesdurchschnitt, in %

Es sind	verheiratet	ledig	geschieden/verwitw. (in %)
Gruppe 1/2	48	45	7
3	54	39	7
4	76	15	9
5	81	11	9
6	26	71	3
BRD [1]	67	29	4
Abort-Pat. [2]	76.47	21.67	1.76

1) Stat. Jahrbuch 1975, Frauen 15-45 Jahre
2) SCHULZ 1974

Die Schulausbildung des Ehemannes (Tab. 9) liegt bei den Gruppen 1-3 eher etwas niedriger, als die der Probandinnen selbst; ähnlich wie bei den Angaben zur Berufsindizierung (Tab. 10) sind hier jedoch die Unterschiede zu gering, um aussagekräftig zu sein. Jedoch zeigen die Gruppen der Frauen mit einem Abort eine gute Ähnlichkeit mit dem Bundesdurchschnitt. Ähnlich wie beim Zivilstand scheint die Kinderzahl (Tab. 11) erheblich vom Alter der Probandinnen mitbestimmt zu sein. Ein Vergleich der Gruppen 1-4 mit dem BRD-Durchschnitt zeigt, daß bezüglich der kinderlosen Haushalte kein nennenswerter Unterschied besteht. Vielmehr ist zu erkennen, daß der Anteil der Frauen mit 3 und mehr Kindern in den Abortgruppen größer ist, als vom BRD-Durchschnitt her zu erwarten gewesen wäre.

Tabelle 9: Schulabschluß des Ehemannes und BRD-Durchschnitt, in %

Gruppe	Volksschule	Mittelschule	Abitur
1/2	63.8	19.4	16.8
3	51.0	30.0	19.0
4	62.5	20.0	17.5
5	71.0	10.5	18.5
6	51.5	31.5	37.0
BRD[1)]	84.9	9.8	5.3

1) Stat. Jahrbuch 1974, p. 82: Die 1970 15-45jährigen gaben als höchsten Schulabschluß an ...

Tabelle 10: Indizierung der Berufsangaben der Ehemänner und BRD-Durchschnitt, in %

Gruppe	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1/2	0	3	9	9	19	47	13	0	0
3	2	3	12	7	31	28	14	2	1
4	0	0	23	5	13	36	23	0	0
5	0	20	6	3	48	23	0	0	0
6	0	0	23	23	48	6	0	0	0
BRD[1)]	5.7		11.6	39.4		32.2		10.1	1.0

1) KLEINING (1971, p. 22): Geburtszeitraum 1940, nicht nach Geschlechtern aufgeschlüsselt

Tabelle 11: Anzahl der Kinder, in %

Gruppe	0	1	2	- 3
1/2	54	14	12	20
3	48	10	26	16
4	36	26	14	24
5	12	20	26	42
6	76	12	12	0
BRD[1)]	49.6	23.1	17.3	10.0
Abort-Pat.[2)]	28.2	17.3	20.3	34.2

1) Stat. Jahrbuch 1975, p. 63: Mehrpersonenhaushalte
2) SCHULZ 1974

6.12 Situation der Probandinnen in ihrer Kindheit und Jugend, soziographische Informationen

Die Größe des Wohnortes, in dem unsere Probandinnen aufgewachsen sind, geht aus Tabelle 7 hervor. Insgesamt ist eine große Ähnlichkeit mit dem Bundesdurchschnitt zu erkennen, lediglich die Patientinnen der Gruppen 1-3 kommen seltener aus einem kleineren Ort unter 20.000 Einwohnern. Zur familiären Situation kann gesagt werden, daß die Abortpatientinnen, die den Weg ins Ausland finden, deutlich häufiger aus einem Haushalt stammen, bei dem der Vater - oder wenn dieser nicht anwesend war, die Mutter - einen höheren Schulabschluß hat als der Bundesdurchschnitt (Tab. 12). Bezüglich der Berufe geht diese Tendenz jedoch wieder verloren. Beim Vergleich zwischen den Gruppen finden sich die statushöchsten Berufe jedoch wieder in den Abortgruppen 1 bis 3, die statusniedrigsten in der Klinikskontrollgruppe 5.

Tabelle 12: Schulabschluß des Vaters der Probandin und Bundesdurchschnitt, in %

Gruppe	Volksschule	Mittelschule	Abitur
1/2	63	23	14
3	58	25	17
4	72	22	6
5	75	18	7
6	41	21	38
BRD[1)]	84.2	9.2	6.6

1) Stat. Jahrbuch 1974, p. 82: Die 1970 55-bis 65jährigen gaben als höchsten Schulabschluß an (männl. Wohnbevölkerung).

Tabelle 13: Indizierung der angegebenen Berufe des Vaters der Probandin und BRD-Durchschnitt, in %

Gruppe	1	2	3	4	5	6	7	8/9
1/2	1	1	8	9	34	16	22	9
3	1	0	12	7	30	21	13	16
40	0	0	6	8	20	20	12	26
5	0	0	0	7	21	38	12	22
6	3	2	13	19	30	18	5	10
BRD[1)]	6.6		12.3	38.6		30.6		11.9

1) KLEINING (1971, p. 22), Geburtszeitraum 1930, nicht nach Geschlechtern aufgeschlüsselt

Der Vergleich der Geschwisterzahl von Frauen unseres Samples mit dem BRD-Durchschnitt zeigt, daß durchgängig Frauen aus kinderreicheren Familien befragt wurden. Ein Vergleich zwischen den Gruppen zeigt, daß bei den Gruppen 1-3 die höchsten Geschwisterzahlen anzutreffen sind. Bezüglich des Rangplatzes in der Geschwisterreihe läßt sich feststellen, daß die Frauen der Gruppe 1/2 häufiger Erstgeborene sind, als die Gruppen 3 - 5 (Tabellen 14 & 15). In einer unvollständigen Familie, unter Abwesenheit des Vaters, mußten am häufigsten die Frauen der Gruppe 6 aufwachsen, am seltensten die der Gruppe 5. Die Abortgruppen zeigen die größte Ähnlichkeit mit dem Bundesdurchschnitt 1-4.

6.13 Medizinische Informationen

Mit zunehmendem Alter steigt - innerhalb gewisser Grenzen - kumulativ die Chance, daß ein Mensch Geschlechtsverkehr hat oder hatte und damit steigt ebenfalls kumulativ die Chance, daß ein solcher Geschlechtsverkehr Folgen zeigt: in Form von Kindern (Tab. 11) und/oder in Form von spontanen/provizierten Aborten (Tab. 17). Die Gruppen 1/2 und 6 mit dem geringsten Altersdurchschnitt zeigen den größten Anteil von Frauen ohne einen Abort, die Gruppe 5 vereinigt auf sich den höchsten Altersdurchschnitt und die höchste Anzahl von Aborten. Die geringe Anzahl von Kindern und Aborten in Gruppe 6 hat daneben seine technische Erklärung in der Häufigkeit des Pillengebrauches (Tab. 18). Insgesamt läßt sich feststellen, daß die Frauen der Abortgruppen nur rund halb so oft Ovulationshemmer verwenden, wie die der Kontrollgruppen.

Über verschiedene Begleiterscheinungen der Menstruation geben die Tabellen 19 bis 22 Auskunft. Bezüglich Zykluslänge und Blutungsdauer ist der stärkere Pillengebrauch bei Gruppe 5 erkennbar: Die Zykluslänge liegt deutlicher bei 28 Tagen und die Blutungsdauer ist eher kürzer. Eine ähnliche Abhängigkeit zeigt sich zwischen dem Anteil der Frauen, die die Pille nehmen und den Menstruationsbeschwerden (Tab. 18 und 22): je häufiger die Pille genommen wird, umso seltener werden Beschwerden berichtet.

Die Aufschlüsselung nach Indikationen und Komplikationen (Tab. 23) zeigt, daß medizinische Komplikationen in den beiden Gruppen 4 und 5 (diese Daten konnten nur in den inländischen Kliniken erhoben werden)

annähernd gleich häufig auftreten und auch der Allgemeinzustand wird für die Patientinnen mit einem Abort nur wenig schlechter beurteilt. Deutlichste Unterschiede zeigen sich dagegen in der Beurteilung von Anzeichen psychischer Konflikte.

Tabelle 14: Anzahl der Geschwister der Probandinnen und BRD-Durchschnitt, in %

Gruppe	0	1	2	-3
1/2	17	24	32	27
3	20	26	19	35
4	40	11	26	23
5	33	35	10	22
6	17	38	26	19
BRD [1]	44.5	34.1	13.8	7.6

1) Stat. Jahrbuch 1971, p. 14: Mehrpersonenhaushalte mit Kindern unter 18 Jahren

Tabelle 15: Rangplatz in der Geschwisterreihe der Probandinnen, in %

Gruppe	als 1.	2.	3.	4. oder späteres
1/2	50	20	21	9
3	41	34	15	10
4	44	24	18	14
5	41	20	23	16
6	54	23	13	10

Tabelle 16: Anteil der Probandinnen, die in einer Familie unter Abwesenheit des Vaters aufwachsen mußten

Gruppe	%
1/2	13.8
3	12.2
4	10.0
5	7.3
6	14.7
BRD[1)]	10.2

1) Stat Jahrbuch 1964: Gemäß Mikrozensus 1962 waren am 31.12.1962 8,6 % verwitwet und 1,6 % geschieden

Tabelle 17: Anzahl der vorherigen Aborte der Probandinnen, in %

Gruppe	0	1	-2
1/2	88	9	3
3	84	13	3
4	78	17	5
5	72	22	6
6	98	2	0
Abort-Pat.[1)]	64.8	26.4	8.8

1) SCHULZ 1974 (Interruptiones und Fehlgeburten zusammengefaßt)

Tabelle 18: Gebrauch von Ovulationshemmern der Probandinnen, in %

Gruppe	Es nehmen Ovulationshemmer	Es nehmen keine Ovulationshemmer
1/2	32	68
3	45	55
4	43	57
5	59	41
6	84	16
1-4 [1]	41	59
5-6 [1]	72	28
BRD [2]	ca. 30	70

1) gewichtet
2) KOERBER (1974), RAABE (1976)

Tabelle 19: Zykluslänge der Probandinnen, in %

Tage	25	26	27	28	29	30	31	32
Gruppe 4	9	6	7	63	4	4	0	7
Gruppe 5	3	9	6	71	6	0	0	5

Tabelle 20: Blutungsdauer der Probandinnen, in %

Tage	1	2	3	4	5	6	7	8
Gruppe 4	0	2	10	35	35	6	8	4
Gruppe 5	5	3	16	32	16	6	8	14

Tabelle 21: Zyklusregelmäßigkeit der Probandinnen, in %

Der Zyklus variiert um ... Tage

Gruppe	1	2	3	4
1/2	40	39	9	12
3	35	44	18	3
4	65	15	3	17
5	61	12	8	19
6	52	31	7	10

Tabelle 22: Menstruationsbeschwerden der Probandinnen, in %

Es bezeichnen ihre Menstruation als ...

Gruppe	schmerzhaft	unangenehm	ohne Schwierigkeiten
1/2	18	18	64
3	17	27	56
4	25	3	72
5	20	10	70
6	7	17	76

Tabelle 23: Indikationen, Komplikationen (Ergebnisse der Befragungen der behandelnden Ärzte)

	Gruppe 4 (Abort Inland) Anzahl:	Gruppe 5 (Kontrollgruppe, Klinik Inland) Anzahl:
Indikationen		
Fehlgeburten	30	-
Provozierte Aborte:		
Organisch-med. Indikation	16	-
Psychiatrische Indikation	12	-
Kindliche Indikation	3	-
Ethische Indikation	1	-
Notlage Indikation	3	-
Sterilisationen	11 (zusätzlich)	32
Curettage oder vergleichbare Operation	-	27
Zusammen:	65	59
Medizinische Komplikationen (Frühkomplikationen), in %		
keine	72	72
leichte	14	12
mittlere	11	12
schwere	3	2
sehr schwere	0	2
Anzeichen psychischer Konflikte, in %		
keine	55	85
leichte	27	9
mittlere	17	4
schwere	1	2
sehr schwere	0	0
Allgemeinzustand, in %		
gut	78	81
ausreichend	20	19
schlecht	2	0

6.14 Informationen zum Psychostatus

6.141 Psychostatus vor dem Eingriff

Die Ergebnisse der mit ausgewählten Skalen des FPI erhobenen Messungen sind in Tabelle 24[1] zusammengestellt. Im Gesamteindruck imponiert, daß die gefundenen Werte aus den Gruppen der Frauen mit einem Abort (1 bis 4) nahe denen der Eichstichprobe liegen. Lediglich die Patientinnen inländischer Kliniken sind - unabhängig von der Art des Eingriffs - signifikant weniger bereit, Offenheit zu zeigen.

Bei Vergleich der hier erhobenen Gruppen zeigt sich ein hoch signifikanter[2] Unterschied im FPI 2, Gruppe 1 gegenüber 4: Abortpatienten inländischer Kliniken zeigen deutlich weniger Aggressionen als deutsche Frauen in den Niederlanden, wobei letztere näher am Durchschnitt liegen. Im FPI 4 ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Gruppe 1 und 5: Abortpatienten im II. Trimester zeigen erwartungsgemäß eine größere Erregbarkeit als Patienten mit beliebiger Operation einer inländischen Gynäkologie (Tab. 24). Weitere Unterschiede zwischen den Gruppen ergeben sich im FPI 8, Gruppe 1 gegen 3: abortwillige, aber leicht signifikant gehemmte Frauen finden erst später, im II. Trimester, Gelegenheit, ihre Gravidität abbrechen zu lassen. In der FPI N - Skala zeigt sich, daß Gruppe 1 eine leicht signifikant höhere neurotische Tendenz aufweist, als Gruppe 5. Ein Vergleich mit der MPI-Messung der neurotischen Tendenz (Tab. 25) bestätigt diese Tendenz, differenziert aber weiter. Hier unterscheidet sich Gruppe 1/2 von Gruppe 3 signifikant, 5 signifikant und 6 hoch signifikant: die Verschleppung einer ungewollten Schwangerschaft kovariiert deutlich mit erhöhten Neurotizismuswerten, eine Tendenz, die sich auch bei den Aborten im I. Trimester bemerkbar macht, ohne jedoch signifikant zu werden.

Eine Aufsplittung nach Konfessionen bringt hier nur eine leicht signifikante Differenz bei Gruppe 4 (Tab. 25 A).

Die Extraversionswerte (Tab. 26) zeigen eine signifikante Differenz zwischen der brisantesten Gruppe 1 und der Kontrollgruppe 6, die sich ihrer-

---

1) Die Tabellen 24-35 befinden sich am Ende dieses Kapitels 6.14, S. 98
2) Hoch signifikant: $p < 0.01$; signifikant: $p < 0.5$; leicht signifikant: $p < 0.1$

seits signifikant nach Konfessionen aufteilen läßt: katholische Frauen sind introvertierter als evangelische (Tab. 26 A).

Die Rigiditätswerte (Tab. 27) der Gruppen 1 bis 5 liegen hoch signifikant höher als die der Gruppe 6; die Werte der Gruppe 4 liegen leicht signifikant höher als die der Gruppe 3. Auch hier zeigen sich bei der Aufsplittung nach Konfessionen signifikante Unterschiede: katholische Frauen zeigen sich rigider als evangelische (Gruppe 3, Tab. 27 A).

Die Einstellungen gegenüber dem Abort sind nach Gruppen geordnet in Tabelle 28 dargestellt. Es zeigt sich, daß - mit Ausnahme der niederländischen Patienten untereinander - sämtliche Unterschiede mindestens leicht signifikant sind. Der größte und hoch signifikante Unterschied ist zwischen den Gruppen 1/2 und 4 zu beobachten. Die bundesdeutschen Frauen, die eine niederländische Klinik wegen eines Aborts aufsuchen, haben insgesamt eine tolerantere Einstellung diesem Eingriff gegenüber als Patientinnen inländischer Kliniken, als auch die Probandinnen der Gruppe 6, die zu rund zwei Dritteln aus Studentinnen besteht. Eine Aufsplittung nach Konfessionen zeigt nur in Gruppe 4 hoch signifikante Unterschiede: katholische, vom Abort betroffene Frauen stehen diesem Eingriff ablehnender gegenüber, als ihre evangelischen Mitpatientinnen. In Tabelle 28 B wurde der Gedanke verfolgt, daß die Einstellung zum Abort altersmäßig variiert. Jedoch erst eine doppelte Aufteilung nach Alter und aktueller Betroffenheit (vom Abort) zeigt signifikante Unterschiede: über 30jährige Frauen in aktueller Abortsituation sind diesem Eingriff gegenüber toleranter, als nicht aktuell betroffene Frauen, gleichgültig wie alt diese sind. Ist die Abortpatientin unter 30 Jahren alt, unterscheidet sie sich nicht deutlich von anderen Frauen.

Über abortspezifische Ängste geben die Tabellen 29 - 31 Auskunft. Die Frauen der 1. Gruppe erwarten nach einem Abort weniger psychische Irritationen aufgrund des Eingriffes als die der 4. Gruppe, aber auch der Kontrollgruppe 6. Bezüglich medizinischer Folgen der betrachteten Operation befinden sich alle Gruppen auf ähnlichem Level, lediglich die Frauen der Gruppe 3 sind leicht signifikant optimistischer, als die Patienten inländischer Kliniken, gleichgültig ob mit oder ohne Abort. Die geringsten sozialen Befürchtungen hegen von allen die Gruppe 1 (hoch signifikant), Gruppe 3 ist gegenüber 4 leicht signifikant und gegenüber Gruppe 6 signifikant optimistischer. Im Vergleich über die drei spezifischen Ängste zeigt sich, daß die bundesdeutschen Frauen, die es vorziehen, ihre

Schwangerschaft in den Niederlanden abbrechen zu lassen,insgesamt optimistischer sind als die inländischen Abortpatienten, aber auch als die Frauen der Kontrollgruppe. Psychische, medizinische wie soziale Ängste zeigen interpretationsfähige Unterschiede, wenn man die Werte nach Konfessionen ausschlüsselt (Tab. 29 A - 31 A). In den Abortgruppen 3 oder 4 zeigt sich, daß katholische Frauen mehr psychische und medizinische, jedoch weniger soziale Ängste im Zusammenhang mit dem Abort entwickeln.

Die Frage nach dem Selbstbefinden beantworten alle Patienten der Abort- und Klinikgruppen graduell schlechter, als die Kontrollgruppe 6, am schlechtesten fühlt sich die inländische Abortgruppe 4 (alle Unterschiede in verschiedenem Grade signifikant; Tab. 32).

Tabelle 33 gibt Auskunft darüber, wieviel Probandinnen in den verschiedenen Gruppen in ihrem Verwandtschafts- oder näheren Bekanntenkreis eine Frau kennen, bei der ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurde. Es steht zu vermuten, daß von dort in vielen Fällen die Information über den Weg zu einem Abort zu unseren Probandinnen gelangt ist.

Mit der Frage zur Aborthäufigkeit wurde implizit eine Schätzung zur Abort/Geburten-Relation in der BRD erhoben. Bedeutsame Unterschiede (hoch signifikant) ergeben sich nur zwischen den Gruppen 4 und 5: Patienten inländischer Frauenkliniken mit einem Abort halten eben diese Operation für seltener, als wenn sie aus einem anderen Grund in der Klinik liegen (Tab. 34). Den vorehelichen Geschlechtsverkehr lehnen Patienten der Gruppe 4 stärker ab, als alle anderen (hoch signifikant) und Frauen der Gruppe 6 tolerieren ihn stärker als alle anderen (hoch signifikant, Tab. 35).

6.142 Psychostatus nach dem Eingriff, Veränderungen zu "vorher"

Bei einer ersten Inspektion der Befunde zur zentralen Fragestellung - der Suche nach abortogenen Irritationen - imponieren die meist geringen vorher/nachher-Veränderungen. Es wird zu prüfen sein, ob diese Tatsache auf die geringen Auswirkungen des Aborts zurückzuführen ist, oder auf die Diskriminationsfähigkeit der ausgewählten Instrumente. Im FPI ergaben sich ebenso wie in den Skalen Rigidität, Extraversion und Neurotische Tendenz keine signifikanten Veränderungen von vorher zu nachher (Tab. 24-27). Bei der Einstellung gegenüber Abort (Tab.28) scheint es sich weitgehend um einen stabilen Zug zu handeln, es findet sich nirgends eine Veränderung um mehr als rd. einen Punkt. Für die Annahme, daß es sich bei den Werten um Gruppenspezifika handelt, spricht

die Tatsache, daß in Gruppe 3 vorher und nachher annähernd gleiche Mittelwerte und Varianzen zu finden sind, obwohl es sich hier um unabhängige Stichproben handelt.

Auch die abortspezifischen Befürchtungen (Tab. 29-31) erfahren keine signifikanten Veränderungen gegenüber der vorherigen Messung.

Die Veränderung des Selbstbefindens (Tab. 32) tendiert in der Kontrollgruppe 6 erwartungsgemäß gegen Null. In den Abortgruppen zeigt sich eine Tendenz, daß mit Zunahme der Brisanz der Situation die Veränderung größer wird: die Patienten im II. Trimester befinden sich nach dem Abort um 0.4 Punkte besser (hoch signifikant), im I. Trimester um 0.3 Punkte (signifikant), wenn sie im Ausland interrumpiert werden und um 0.2 Punkte (leicht signifikant), wenn sie eine inländische Klinik besuchen. Auch eine andersgeartete Operation ist - hinter sich gebracht - geeignet, das Selbstbefinden zu verbessern (signifikant).

Die Meinung über den vorehelichen Geschlechtsverkehr (Tab. 35) ändert sich lediglich bei Gruppe 5 (hoch signifikant), der vorher deutlich Intoleranz signalisierende Wert gleicht sich dem der Kontrollgruppen an.

6.15 Zusammenfassung der Mittelwertsvergleiche

Ein zusammenfassender Überblick über die einfachen Mittelwerte ergibt, nach Gruppen geordnet, folgendes Bild:

Die Patientinnen mit einem Abort im II. Trimester (niederländische Klinik; Gruppe 1/2) sind im Vergleich zu den anderen Gruppen eher jünger, hier ist jedoch die größte Varianz wie auch die größte Variationsbreite zu beobachten. Der große Anteil von Frauen aus den Rahmenzeiten der Geschlechtsreife ist vielleicht ein Indikator für den bis zum II. Trimester verschleppten Abort. Der Schulabschluß der Patientinnen selbst, als auch der ihrer Väter und - soweit verheiratet - ihrer Ehemänner liegt deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Die Patientinnen sind eher evangelisch und insgesamt kirchlich nicht sehr aktiv. Diese Tatsache korrespondiert mit der großen Toleranz gegenüber einem Abort. Sie sind häufig ledig und vereinigen auf sich den geringsten Pillengebrauch und die geringste Aborterfahrung. Bezüglich ihres Psychostatus vereinigen diese Frauen die höchsten Werte auf den Skalen Aggressivität, Extraversion, Erregbarkeit, Gehemmt-

(Fortsetzung S. 116)

Tabelle 24 : Werte ausgewählter FPI - Skalen (Mediane)

Skalen / Gruppe	FPI 1		FPI 2		FPI 3		FPI 4		FPI 8		FPI 9		FPI N	
	Nervosität		Aggressivit.		Depressiv.		Erregbark.		Gehemmth.		Offenheit		Neurot. Tend.	
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach
1/2	2.72	2.25	1.11 **	0.86	2.80	3.11	3.94 *	4.28	3.20 *	3.08	4.06 **	3.37 **	3.18 *	3.25
3	2.62	3.43	0.83	0.89	2.83	3.25	3.16	3.06	2.50 *	2.77	2.83	2.29	2.50	3.19
4	2.11	2.75	0.33 **	0.52	1.54	2.80	3.00	2.85	2.71	3.41	1.97 **	2.64	2.58	2.35
5	2.78	2.76	0.73	0.82	2.06	2.08	2.28 *	2.68	3.05	3.00	1.70 **	2.95	1.83 *	2.00
Eichstich-probe, alle	3.16		1.26		3.33		3.61		3.71		3.46		3.53	
15-30 jährig	2.64		2.31		3.13		3.77		3.97		4.34		3.66	
31-50 jährig	3.55		1.09		3.36		3.62		3.86		3.18		3.65	

* signifikant, $p<0.05$
** hoch signifikant, $p<0.01$

1	3
5	4

Ein */** in einer der bezeichneten Ecken bedeutet, daß dieser Wert gegenüber dem der Gruppe 1, 3, 4 oder 5 signifikant/hoch signifikant differiert; nur vorher-Werte. Im vorher/nachher-Vergleich treten keine signifikanten Differenzen auf.

Tabelle 25 : Rigidität
nach Gruppen aufgeschlüsselt

Gruppe		Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2	vorher	2.87	3.15	93
	nachher	2.98	2.81	72
3	vorher	2.48	2.87	50
	nachher	2.66	2.95	136
4	vorher	3.13	1.98	52
	nachher	3.29	2.41	52
5	vorher	2.88	3.19	40
	nachher	3.04	3.50	36
6	vorher	2.59	2.10	55
	nachher	1.49	1.22	55

Gruppe 1/2 unterscheidet sich von Gruppe 6 (HS), 3 von 6 (HS), 4 von 6 (HS), 5 von 6 (HS), 3 von 4 (LS) (vorher-Werte)

HS: $p < 0.01$; LS: $p < 0.1$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim., Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 25 A: Rigidität nach Konfessionen aufgeschlüsselt

evangelisch

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	2.85	3.38	58
nachher	2.73	2.82	42
3 vorher	2.12	2.78	25
nachher	2.48	2.89	85
4 vorher	3.39	1.78	36
nachher	3.50	2.38	36
5 vorher	2.94	3.70	36
nachher	2.75	3.80	32
6 vorher	1.66	2.01	38
nachher	1.50	1.07	30

katholisch

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	3.01	3.24	32
nachher	3.33	2.89	27
3 vorher	3.05	2.39	19
nachher	3.07	2.99	42
4 vorher	2.62	3.41	16
nachher	2.87	4.12	16
5 vorher	3.50	1.50	4
nachher	4.50	1.50	4
6 vorher	1.27	2.50	15
nachher	1.53	1.70	15

Die Unterschiede zwischen den Konfessionen sind in Gruppe 3 signifikant (vorher-Werte), $p < 0.05$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim. Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 26: **Extraversion**
nach Gruppen aufgeschlüsselt

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	2.95	2.05	94
nachher	2.82	1.88	72
3 vorher	2.53	1.56	51
nachher	2.74	1.54	136
4 vorher	2.77	1.36	52
nachher	2.79	1.73	52
5 vorher	2.52	1.68	40
nachher	2.60	1.47	38
6 vorher	2.42	1.63	65
nachher	2.28	1.58	65

Der Unterschied zwischen Gruppe 1/2 und 6 ist S (vorher-Werte), $p<0.05$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim., Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 26 A : Extraversion nach Konfessionen aufgeschlüsselt

evangelisch

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	3.05	1.81	58
nachher	2.95	1.73	42
3 vorher	2.52	1.34	25
nachher	2.69	1.54	85
4 vorher	2.78	1.24	36
nachher	2.80	1.50	36
5 vorher	2.89	1.52	36
nachher	3.04	1.23	32
6 vorher	2.66	1.90	38
nachher	2.53	1.66	38

katholisch

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	2.85	2.32	32
nachher	2.74	1.73	27
3 vorher	2.42	1.92	19
nachher	2.88	1.72	42
4 vorher	2.75	2.50	16
nachher	2.87	3.55	16
5 vorher	1.00	2.00	4
nachher	1.00	2.00	4
6 vorher	1.87	0.55	15
nachher	1.76	0.52	15

Die Unterschiede zwischen den Konfessionen sind in Gruppe 6 signifikant (vorher-Werte)
$p<0.05$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim. Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 27 : Neurotische Tendenz
nach Gruppen aufgeschlüsselt

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	3.73	2.45	94
nachher	3.74	2.32	71
3 vorher	3.10	2,16	47
nachher	3.45	2.21	135
4 vorher	3.34	2.76	54
nachher	3.35	2.71	62
5 vorher	3.04	1.95	49
nachher	2.85	1.89	53
6 vorher	2.95	2.01	66
nachher	2.89	1.96	65

Gruppe 1/2 unterscheidet sich von 3 (S), 5 (S) und 6 (HS)

S: $p<0.05$; HS: $p< 0.01$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim., Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 27 A : Neurotische Tendenz, nach Konfessionen aufgeschlüsselt

evangelisch

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	3.79	2.36	62
nachher	3.90	2.24	44
3 vorher	2.91	2.06	28
nachher	3.41	2.12	93
4 vorher	3.68	2.93	39
nachher	3.37	2.96	40
5 vorher	3.12	2.31	38
nachher	2.92	2.42	42
6 vorher	3.05	1.96	42
nachher	3.04	1.88	42

Gruppe 1/2 unterscheidet sich von 3 (S), 5 (S) und 6 (S), Gruppe 3 von 4 (LS)

Unterschiede zwischen der Konfessionen bestehen LS bei Gruppe 4 (vorher-Werte).

katholisch

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	3.55	3.01	32
nachher	3.56	2.81	27
3 vorher	3.17	2.89	19
nachher	3.68	2.37	42
4 vorher	2.93	1.97	15
nachher	2.93	1.98	22
5 vorher	2.50	1.91	11
nachher	2.20	1.67	11
6 vorher	2.80	2.69	24
nachher	2.58	2.18	23

Gruppe 1/2 unterscheidet sich von 5 (S) und 6 (LS)

HS: $p<0.01$; S: $p<0.05$; LS: $p<0.1$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim. Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 28 : **Einstellung zum Abort**
nach Gruppen aufgeschlüsselt

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	79.7	83.9	96
nachher	80.0	77.5	73
3 vorher	78.7	68.9	54
nachher	79.6	89.9	140
4 vorher	65.3	217.2	54
nachher	64.2	191.0	64
5 vorher	70.2	130.7	48
nachher	69.1	160.2	52
6 vorher	75.4	169.3	66
nachher	74.9	152.5	66

Gruppe 1/2 unterscheidet sich von 4 (HS), 5 (HS), 6 (LS);
3 von 4 (HS), 5 (HS), 6 (LS); 4 von 5 (LS), 6 (HS); 5 von 6 (S).
(vorher-Werte)

Ein hoher Punktwert entspricht einer den Abort tolerierenden Einstellung und umgekehrt. Die Skala reicht von 20 Punkten (lehnt Abort völlig ab) bis 100 Punkten (toleriert Abort völlig).

HS: $p < 0.01$; S: $p < 0.05$; LS: $p < 0.1$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim., Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 28 A : Einstellung zum Abort
nach Konfessionen aufgeschlüsselt

evangelisch

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	79.6	72.9	58
nachher	80.0	70.5	42
3 vorher	77.2	40.7	25
nachher	80.0	71.4	85
4 vorher	68.9	145.9	38
nachher	67.5	139.4	42
5 vorher	71.2	149.8	38
nachher	70.6	100.5	42
6 vorher	76.53	116.7	46
nachher	76.8	126.4	46

Die vorher/nachher-Werte unterscheiden sich in Gruppe 3 (LS), $p < 0.1$

katholisch

Gruppe	Mittelwert		Anzahl
1/2 vorher	80.7	79.6	23
nachher	79.9	73.3	23
3 vorher	79.3	111.8	19
nachher	78.9	67.3	42
4 vorher	56.6	209.7	16
nachher	58.2	184.5	22
5 vorher	66.5	107.5	10
nachher	62.5	101.5	10
6 vorher	74.7	210.7	20
nachher	74.3	160.9	20

Die Unterschiede zwischen den Konfessionen sind in Gruppe 4 HS, $p < 0.01$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim. Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 28 B : Einstellung zum Abort nach Alter aufgeschlüsselt

bis 30 Jahre

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	78.9	79.3	66
nachher	79.0	92.8	52
3 vorher	79.5	48.3	29
nachher	78.2	66.8	82
4 vorher	59.4	201.2	20
nachher	58.2	168.0	21
5 vorher	65.5	80.8	15
nachher	68.0	73.9	15
6 vorher	76.6	147.4	47
nachher	76.4	143.3	47

über 30 Jahre

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	81.5	63.7	29
nachher	82.5	29.6	20
3 vorher	77.7	93.8	25
nachher	81.8	68.7	59
4 vorher	62.0	246.4	10
nachher	60.6	250.7	10
5 vorher	69.3	167.3	20
nachher	68.0	135.1	18
6 vorher	77.5	81.4	18
nachher	75.7	65.0	18

Fortsetzung nächste Seite

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim. Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 28 B, Fortsetzung

Einstellung über alle Gruppen,	unter 30 Jahren	76.0
	über 30 Jahren	77.8
Einstellung über alle Alter ,	Gruppe 1 - 4	77.9
	Gruppe 5 - 6	73.2

	Gruppe 1 - 4 Abortpatientinnen	Gruppe 5,6 Kontrollpersonen
unter 30 Jahren	76.7	73.9 **
über 30 Jahren	79.3 *	73.2 **

Der Unterschied zwischen * und ** ist signifikant ($p < 0.05$)

Tabelle 29 : Psychische Ängste nach Gruppen aufgeschlüsselt

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	6.1	2.5	94
nachher	6.0	2.7	73
3 vorher	6.3	2.5	54
nachher	6.1	2.7	140
4 vorher	7.0	3.0	54
nachher	6.8	3.0	64
5 vorher	6.4	2.0	48
nachher	6.0	2.3	51
6 vorher	6.7	2.5	66
nachher	6.7	2.0	66

Ein hoher Punktwert entspricht hohen abortspezifischen psychischen Ängsten. Die Skala reicht von 2 bis 10 Punkten.

Gruppe 1/2 unterscheidet sich von 4 (S), 6 (S). ($p < 0.05$)

Tabelle 29 A : Psychische Ängste,
nach Konfessionen aufgeschlüsselt

evangelisch

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	6.1	2.4	57
nachher	6.1	3.0	42
3 vorher	5.9	2.3	25
nachher	6.2	2.8	84
4 vorher	6.6	3.7	36
nachher	6.4	3.1	36
5 vorher	6.1	2.3	36
nachher	5.7	2.1	32
6 vorher	6.7	3.0	38
nachher	6.8	2.0	38

katholisch

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	6.1	3.0	32
nachher	6.0	2.5	27
3 vorher	7.0	2.4	19
nachher	5.7	2.2	42
4 vorher	7.7	2.2	16
nachher	7.6	3.4	16
5 vorher	7.0	1.0	4
nachher	6.0	2.0	4
6 vorher	6.9	1.7	15
nachher	6.6	2.5	15

Die Unterschiede zwischen den Konfessionen sind in Gruppe 3 S.

S: $p < 0.05$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim. Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 30 : Medizinische Ängste
nach Gruppen aufgeschlüsselt

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	3.2	1.5	94
nachher	3.1	2.3	73
3 vorher	3.0	1.3	53
nachher	3.0	2.1	141
4 vorher	3.6	2.4	54
nachher	3.9	2.0	64
5 vorher	3.6	2.1	48
nachher	3.6	1.4	51
6 vorher	3.1	2.1	66
nachher	3.0	2.5	66

Ein hoher Punktwert entspricht hohen abortspezifischen medizinischen Ängsten. Die Skala reicht von 2 bis 9 Punkten.

Gruppe 3 unterscheidet sich von 4 (HS), 5 (HS).
4 von 6 (LS).

HS: $p < 0.01$; LS: $p < 0.1$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim., Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 30 A : Medizinische Ängste, nach Konfessionen aufgeschlüsselt

evangelisch

Gruppe		Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2	vorher	3.3	1.5	57
	nachher	3.3	2.8	42
3	vorher	2.6	1.0	25
	nachher	3.0	2.0	85
4	vorher	3.5	1.8	36
	nachher	4.0	1.6	36
5	vorher	3.4	1.8	36
	nachher	3.5	1.2	32
6	vorher	3.1	2.2	38
	nachher	2.9	2.6	38

katholisch

Gruppe		Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2	vorher	3.0	1.8	32
	nachher	2.9	1.0	27
3	vorher	3.3	1.5	19
	nachher	2.9	2.1	42
4	vorher	3.5	3.7	16
	nachher	3.3	2.8	16
5	vorher	3.5	4.5	4
	nachher	4.5	1.0	4
6	vorher	3.0	1.7	15
	nachher	3.2	2.5	15

Die Unterschiede zwischen den Konfessionen sind in Gruppe 3 S.

S: $p < 0.05$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim. Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 31 : Soziale Ängste
nach Gruppen aufgeschlüsselt

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	4.0	2.3	95
nachher	4.1	2.1	73
3 vorher	4.6	2.1	54
nachher	4.3	2.2	141
4 vorher	5.2	2.3	54
nachher	5.2	2.4	64
5 vorher	4.7	3.1	48
nachher	4.8	2.0	51
6 vorher	5.2	1.9	66
nachher	5.3	1.6	66

Ein hoher Punktwert entspricht hohen abortspezifischen sozialen Ängsten. Die Skala reicht von 2 bis 10 Punkten.

Gruppe 1/2 unterscheidet sich von 3 (S), 4 (HS), 5 (S), 6 (HS). 3 von 4 (S), von 6 (S).

HS: $p < 0.01$; S: $p < 0.05$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim., Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 31 A : Soziale Ängste,
nach Konfessionen aufgeschlüsselt

evangelisch

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	4.0	2.4	58
nachher	4.0	1.7	42
3 vorher	4.5	2.0	25
nachher	4.4	2.0	85
4 vorher	5.6	2.4	36
nachher	5.4	3.0	36
5 vorher	4.6	2.1	36
nachher	4.7	2.2	32
6 vorher	5.2	1.9	38
nachher	5.3	1.5	38

Gruppe 1/2 unterscheidet sich von 4 (HS), 5 (S), 6 (HS),
3 von 4 (HS), 6 (S), 4 von 5 (HS).

Die Unterschiede zwischen den Konfessionen sind in Gruppe 4 S.

katholisch

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	4.0	1.9	32
nachher	4.4	2.5	27
3 vorher	4.7	2.1	19
nachher	4.1	2.6	42
4 vorher	4.5	2.0	16
nachher	4.7	1.6	16
5 vorher	5.0	1.0	4
nachher	5.0	1.0	4
6 vorher	5.0	2.3	15
nachher	5.2	2.0	15

Gruppe 1/2 unterscheidet sich von 3 (LS), 6 (S).

HS: $p < 0.01$; S: $p < 0.05$; LS: $p < 0.1$

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim. Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 32 : Selbstbefinden
nach Gruppen aufgeschlüsselt

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl	
1/2 vorher	2.7	0.4	91	HS *)
nachher	2.3	0.4	71	
3 vorher	2.7	0.7	49	S
nachher	2.4	0.7	133	
4 vorher	2.8	1.0	52	LS
nachher	2.6	0.7	61	
5 vorher	2.6	0.8	47	S
nachher	2.3	0.5	54	
6 vorher	2.3	0.5	66	
nachher	2.3	0.5	66	

Selbstbefinden 1: "sehr gut" ... 5 "sehr schlecht".

*) Die Veränderungen von "vorher" zu "nachher" sind HS/S/LS

Gruppe 6 unterscheidet sich von 1/2 HS, 3 HS, 4 HS, 5 LS.
(vorher-Werte)

HS: $p<0.01$; S: $p<0.05$; LS: $p<0.1$

Tabelle 33 :

Es kennen eine Frau mit Aborterfahrung...

	ja	nein	(in %)
Gruppe 1/2	68	32	
3	74	26	
4	54	42	
5	68	32	
6	88	12	

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim., Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

Tabelle 34 : Schätzungen zur Abortquote nach Gruppen aufgeschlüsselt

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	2.7	1.0	93
nachher	2.9	0.9	73
3 vorher	2.8	0.9	52
nachher	2.9	1.2	138
4 vorher	2.4	1.3	54
nachher	2.4	1.4	64
5 vorher	3.0	0.9	48
nachher	2.8	1.1	52
6 vorher	2.8	1.3	66
nachher	2.8	1.2	66

Ein höherer Punktwert entspricht einer höheren geschätzten Abortziffer. Punktwert 1 entspricht einer Geburten : Abtreibungs-Schätzung von 1 : 0.4; 2: 1 : 0.6; 3: 1 : 0.8; 4: 1 : 1; 5: 1 : 1.2. Die Unterschiede zwischen den Gruppen 1/2 und 5 sind LS, zwischen 4 und 5 HS.

Tabelle 35 : Voreheliche sexuelle Beziehungen

Gruppe	Mittelwert	Varianz	Anzahl
1/2 vorher	1.7	0.7	95
nachher	1.7	0.8	72
3 vorher	1.5	0.4	54
nachher	1.5	0.6	140
4 vorher	2.2	0.3	54
nachher	1.7	0.8	64
5 vorher	1.5	0.4	48
nachher	1.5	0.6	52
6 vorher	1.2	0.3	66
nachher	1.2	0.2	66

Ein höherer Punktwert entspricht einer ablehnenderen Meinung zum vorehelichen Geschlechtsverkehr. Die Skala reicht von 1 ... 5

Gruppe 1/2 unterscheidet sich von 4 (HS), 6 (HS); 3 von 4 (HS), 6 (HS); 4 von 5 (HS), 6 (HS); 5 von 6 (HS).

Gruppe 1/2: Abort II. Trimester, Niederlande; 3: Abort I. Trim., Niederlande; 4: Abort I. Trim. Bundesrepublik; 5: gynäkologische Operation (Kontrollgruppe); 6: Reliabilitätsgruppe

heit und Neurotische Tendenz, sie zeigen zugleich die größte Offenheit über sich.

Bezüglich medizinischer, psychischer und sozialer Folgen dieses Eingriffes zeigt sich hier der größte Optimismus; es paßt zum Bild, daß sich hier die größte Verbesserung im Selbstbefinden nachweisen läßt.

Die Patientinnen mit einem Abort im I. Trimester (niederländische Klinik; Gruppe 3) sind im Schnitt zwei Jahre älter als die der ersten Gruppe bei ähnlicher Varianz aber geringerer Variationsbreite. Der Schulabschluß der Probandinnen selbst, als auch der ihrer Väter und ihrer Männer (soweit verheiratet) liegt in dieser Gruppe am höchsten und deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Ein Vergleich der Gruppen von Patientinnen mit einem Abort (1-4) mit dem Bundesdurchschnitt und z.T. auch mit Gruppe 5 zeigt, daß Abortpatientinnen einen deutlich höheren Schulabschluß haben, wie auch deren Eltern und Ehemänner. Bezüglich des Berufes des Vaters, wie auch des eigenen finden sich hier die höchsten Indexwerte, wie auch der größte Anteil von Frauen, der berufstätig ist. Vielleicht durch die Berufstätigkeit mit beeinflußt, finden sich hier die meisten Probanden, die eine Frau kennen, bei der ein Abort durchgeführt wurde. Diese kommen als Informanden in Frage, so daß die Probanden dieser Gruppe rechtzeitig, d.h. im I. Trimester eine niederländische Klinik aufsuchen konnten. Bezüglich der medizinischen Folgen des Aborts sind diese Frauen eher optimistisch.

Die Frauen mit einem Abort im I. Trimester (inländische Klinik; Gruppe 4) zeigen bei einem Durchschnittsalter von 28 Jahren den höchsten Anteil an verheirateten gegenüber allen anderen Gruppen. Ihr schulischer Abschluß liegt über dem Bundesdurchschnitt, jedoch unter dem der Abortpatientinnen der Gruppen 1-3. Ihr Psychostatus ergibt ein konsistentes Bild: bei höchster Kirchenbindung lehnen sie den Abort am stärksten ab und ebenso den vorehelichen Geschlechtsverkehr. Sie vereinigen weiterhin die geringsten Schätzungen zur Abortquote und die höchste Rigidität auf sich.

Mit 29 Jahren haben die Frauen der Kontrollgruppe 5 (gynäkologische Operation) das höchste Alter, die meisten Kinder und die größte Aborterfahrung. Sie nennen außerdem die höchsten Zahlen zur Abortschätzung.

Die Frauen der deutschen Kliniksgruppen 4 und 5 zeigen bei ihrer ersten Befragung die geringste Neigung, über sich offen Auskunft zu geben.

Die Abneigung nimmt im Laufe des Kliniksaufenthaltes ab, ohne jedoch die Werte der Eichstichprobe zu erreichen.

Betrachtet man den Einfluß der Konfession über alle Gruppen, so zeigen sich die meisten signifikanten Unterschiede in den Gruppen der Frauen mit einem Abort (3 und 4): katholische Probandinnen haben gegenüber evangelischen einen höheren Rigiditätswert, sie entwickeln mehr psychische und medizinische, aber weniger soziale Ängste. Dieses letztgenannte Ergebnis korrespondiert mit der Tatsache, daß katholische Probandinnen der Kontrollgruppe 6 einen geringeren Extraversionswert aufweisen. Bedrohungen der Umwelt haben für die introvertierten Probandinnen eine geringere Bedeutung, als für die extravertierten. Die weniger tolerierende Einstellung gegenüber Abort bei katholischen Probanden korrespondiert mit den erhöhten abortspezifischen Ängsten in den beiden genannten Skalen.

6.2 Diskriminanzanalytische Trennung der Gruppen von Frauen mit einem Abort und Beschreibung der Diskriminanzanalyse

Wie oben dargestellt wurde, unterscheiden sich die Probandinnen der Gruppe 1 - 4 in ihrem Verhalten gegenüber Abort: Gruppe 1/2 umfaßt Frauen, die sich einem Abort im II. Trimester der Gravidität unterziehen. Gruppe 3 im I. Trimester. Beide Gruppen wurden in niederländischen Kliniken befragt. In Gruppe 4 finden sich Frauen, die in inländischen Kliniken - nach den hier gültigen Indikationen - eine Schwangerschaft abbrechen lassen. Im vorangegangenen Kapitel wurde anhand einfacher Mittelwertsvergleiche versucht, die Frauen der verschiedenen Gruppen zu beschreiben. Dieses Vorgehen ist jedoch auf die einfache Aufsummierung signifikanter Mittelwertunterschiede beschränkt. Eine charakteristische Kombination von Variablen ist auf diesem Wege nur intuitiv zu finden.

Demgegenüber erlaubt die Diskriminanzanalyse das Auffinden von Variablenkombinationen, die zu bestimmbar signifikanten Trennfunktionen führen. Dieses Trennverfahren wurde von FISCHER (1938) zunächst für quantitative Merkmale eingeführt, ist jedoch auch für qualitative Merkmale sinnvoll anzuwenden (LINDER, 1963).

Der Zweck der Diskriminanzanalyse ist nach WEBER (1961, p. 428 f.) die Trennung verschiedener Gesamtheiten und die Zuordnung fraglicher Individuen zu einer der Gesamtheiten. Die Trennung erfolgt durch Erfassung mehrerer Merkmale an jedem einzelnen Individuum und durch Aufstellung einer Trennfunktion, die über Zuordnung der einzelnen Individuen entscheidet.

Vergleicht man zwei oder mehrere Gruppen von Individuen, so unterscheiden diese sich meist nicht nur in einem einzelnen, sondern in einer Anzahl von charakteristischen, meßbaren Merkmalen. Führt man den Vergleich immer nur in Bezug auf ein Merkmal durch, so erhält man ein einseitiges, zur Kennzeichnung unzureichendes Bild. Demgegenüber können in der Diskriminanzanalyse prinzipiell eine unbegrenzte Anzahl von Variablen mit herangezogen werden. Es ist im rechnerischen Vorgehen - das hier nicht vertieft dargestellt werden soll - notwendig, daß jeder Meßwert mit drei Indizes versehen wird: je einen zur Bezeichnung der Gesamtheit, dem er angehört, zur Bezeichnung des Merkmals und einen zur Bezeichnung des Individuums. Sind eine Anzahl von Merkmalen bei jedem Individuum der Stichproben erfaßt, so sollen alle ermittelten Maße gemeinsam zur Aufstellung einer Trennformel herangezogen werden. Dies geschieht, indem die ermittelten Werte in einem Rechenwert zusammengefaßt werden. Jedes Individuum ist damit durch ein Rechenmaß repräsentiert. Durch Bestimmung der Variablen, die in dieses Rechenmaß eingehen, ist es möglich schärfer trennende Aussagen von weniger scharfen zu unterscheiden und damit, welche Variablen für die jeweilige Gruppe charakteristisch sind. Bei dem als Abbildung 7 beispielhaft wiedergegebenen Computerausdruck wurden die Variablen "broken home" und "Sterilisation", verschlüsselt als 6 und 13, berücksichtigt. Diese beiden Variablen gehen in die Trennfunktion als Koeffizienten ein. Durch Ausdruck dieser Koeffizienten ist beurteilbar, welche Variable bedeutsamer für die Trennung ist. Dieser Koeffizient wird auch als Ladungshöhe der betreffenden Variablen bezeichnet. Im vorliegenden Fall hat die zweite Variable ("13") mit -0.02163 eine größere Ladungshöhe als die Variable "6" mit -0.1897. Zur Bestimmung der Signifikanz werden F-Wert und Freiheitsgrade mitgeteilt, "F(2, 71) = 4.69269", was einem Signifikanzniveau von annähernd 1 % entspricht (CLAUSS & EBNER, 1971, Tafel 4 zeigt für F (2, 70) = 4.92).

Abtildung 7 : Beispiel einer diskriminanzanalytischen Trennung per LDV
Die ausgewählten Variablen sind 6: broken home; 13: Sterilisation

SELECTION NO. 1
VARIABLES USED IN THE FUNCTION 6 13

DISCRIMINANT FUNCTION COEFFICIENTS
-.01897 -.02163
MAHALNOBIS DSQUARE= .51483
F (2, 71) = 4.69260

POP. NO.	SAMPLE SIZE	MEAN Z	VARIANCE Z	STD.DEV.Z
1	38	-.01904	.00006	.00783
2	36	-.02619	.00014	.01181

RANK	FIRST GROUP VALUES	SECOND GROUP VALUES	FIRST GROUP ITEM NO.	SECOND GROUP ITEM NO.
1	.00000		12	
2	.00000		16	
3	.00000		18	
4	-.01897		1	
5	-.01897		3	
6	-.01897		4	
7	-.01897		5	
8	-.01897		6	
9	-.01897		7	
10	-.01897		9	
11	-.01897		10	
12	-.01897		11	
13	-.01897		13	
14	-.01897		14	
15	-.01897		15	
16	-.01897		17	
17	-.01897		19	
18	-.01897		20	
19	-.01897		21	
20	-.01897		22	
21	-.01897		24	
22	-.01897		25	
23	-.01897		26	
24	-.01897		27	
25	-.01897		28	
26	-.01897		29	
27	-.01897		30	
28	-.01897		31	
29	-.01897		32	
30	-.01897		33	
31	-.01897		34	
32	-.01897		35	
33	-.01897		36	
34	-.01897		37	
35	-.01897		38	
36		-.01897		1
37		-.01897		4
38		-.01897		5
39		-.01897		6
40		-.01897		8
41		-.01897		10
42		-.01897		11
43		-.01897		12
44		-.01897		13
45		-.01897		14
46		-.01897		17
47		-.01897		19
48		-.01897		21
49		-.01897		22
50		-.01897		23
51		-.01897		24
52		-.01897		26
53		-.01897		28
54		-.01897		31
55		-.01897		32
56		-.01897		33
57		-.01897		34
58		-.01897		35
59		-.01897		36
60		-.02163		25
61	-.03795		2	
62	-.03795		23	
63		-.03795		2
64		-.03795		7
65		-.03795		15
66		-.03795		16
67		-.03795		18
68		-.03795		20
69		-.03795		27
70	-.04060		8	
71		-.04060		9
72		-.04060		30
73		-.05958		3
74		-.05958		29

In den folgenden Zeilen des Ausdruckes werden die Grundgesamtheiten beziffert ("POP. NO."), die Größe der Stichproben angegeben ("SAMPLE SIZE"); die folgenden Werte geben den Mittelwert ("MEAN Z") des Rechenwertes an, sowie dessen Varianz und Standardabweichung.

In der dann folgenden Liste ab "RANK" usw. werden die einzelnen Individuen den Gruppen zugeordnet, bei RANK 35-36 springt die Reihe von FIRST GROUP zu SECOND GROUP über. Das bedeutet, da die erste Gruppe 38 Probanden umfaßt, daß diese drei Probanden (RANK 36, 37, 38) der falschen Gruppe zugeordnet würden. Da es sich bei dieser Diskriminanzanalyse um eine Trennung der Extremgruppen handelte, würden in der Praxis diese drei Probanden behandelt, als würde man erwarten, daß es ihnen nach dem Abort psychisch schlecht ginge, obwohl dies nicht zutrifft. Bei den anderen N = 35 Patientinnen hätte man richtig prognostiziert und hätte entsprechende flankierende Maßnahmen einleiten können. Das entspricht einer Prognosesicherheit von 92 %. Auf diese Trennung der Extremgruppen wird unten (Kapitel 6.3 und 6.4) genauer einzugehen sein.

Nachfolgend werden zunächst die Diskriminanzanalysen zwischen den drei Gruppen von Frauen mit einem Abort zu besprechen sein.

6.21 Trennung der niederländischen Gruppen von Frauen mit einem Abort, I. Trimester gegen II. Trimester

Diese Diskriminanzanalyse kann Hinweise darüber geben, weshalb ein Teil der untersuchten Patientinnen erst verspätet sich einem Abort unterzogen haben. Die Ergebnisse dieser Trennung sind in Tabelle 36 zusammengefaßt. Alle Variablen tragen zu signifikanten Trennfunktionen bei, sie sind in der Reihenfolge ihrer Ladungshöhen aufgeführt.

Die nachfolgenden Aussagen sind immer als Unterscheidung zu Gruppe 3 (Abort im I. Trimester, niederländische Klinik) zu verstehen.

Die Patientin der Gruppe 1 (II. Trimester) kommt aus einer Kleinstadt und hat Volksschulabschluß, ebenso wie ihr Mann, wenn sie verheiratet ist. Sie hat vermutlich nicht die Informationen, wie und wo man eine ungewollte Schwangerschaft abbrechen lassen kann und kennt auch niemanden, bei dem sie sich informieren könnte (keine Bekannte mit Aborterfahrung).

Dazu kommt noch, daß sie nicht berufstätig ist und damit nicht die Möglichkeit hat, bei Berufskolleginnen sich um Informationen zu bemühen. Den Informationsfluß bezüglich Abtreibung haben SIEBEL et al. (1971) dargestellt und die Bedeutung der Arbeitswelt hervorgehoben. Es kann vermutet werden, daß diese Frauen erst so spät in die Niederlande kommen, weil sie so lange benötigen, um die notwendigen Informationen zu erlangen. Es ist möglich, daß sie auch - im Gegensatz zu den Frauen der Gruppe 3 - nicht quasi präventiv an solchen Informationen interessiert waren, da sie ledig und vorehelichen Geschlechtsverkehr ablehnend glaubten, daß dieses Problem für sie nie bedeutsam werden könne. Eine Unterstützung kann in dem geringeren Pillengebrauch gesehen werden. Zieht man die Mittelwertsvergleiche (Kapitel 6.1) mit heran, rundet sich das Bild deutlicher ab. In dieser Gruppe findet sich ein großer Anteil von Frauen aus den Rahmenzeiten der Geschlechtsreife und hier besonders die jungen Mädchen, die als mit dem Thema Sexualität noch nicht hinreichend vertraut vorstellbar sind. Es wäre denkbar, daß eine altersgemäße Zyklusinstabilität erst spät die Schwangerschaft erkennen ließ. Die Tatsache, daß die Probandinnen der Gruppe 1 häufiger aus einer unvollständigen Familie kommen, kann in Verbindung mit der leicht toleranteren Einstellung gegenüber Abort gesehen werden. Die Abwesenheit eines Ehemannes in der Herkunftsfamilie (= Vater der Patientin) würde die Folgen eines möglichen Geschlechtsverkehrs der Mutter sozial stigmatisierend bewerten, zumal diese Familie in einem kleineren Ort gewohnt hat. Solche Folgen sollten (und sollen) in der Vorstellung der Patientin nicht eintreten. So lehnt sie - sicher auch für ihre Mutter - außerehelichen Geschlechtsverkehr ab, befürwortet im Falle einer "Panne" jedoch die Unterbrechung der Schwangerschaft. Die geringeren sozialen Ängste können sich aus der Sicherheit ergeben, daß von diesem Eingriff niemand erfährt, da sie ihrer allgemeinen Situation gemäß auf Geheimhaltung bedacht sein mußte.

Sie ist im Vergleich zu den Frauen der Gruppe 3 eher depressiv, jedoch gemessen an der Eichpopulation durchaus unauffällig.

Tabelle 36 : Diskriminanzanalytische Trennung der Gruppen von Frauen, die eine Gravidität in den Niederlanden abbrechen lassen, II. Trimester gegen I. Trimester

Lfd. Nr. *)	Name der Variablen	Gruppe 1 (II. Trimester)	Gruppe 3 (I. Trimester)
1	broken home	eher ja	eher nein
2	Zivilstand	eher ledig	eher verheiratet
3	vorehelichen GV	eher ablehnend (1.7)	eher tolerierend (1.5)
4	Gebrauch von Ovulations-hemmern	eher nein	eher ja
5	Einstellung zum Abort	eher toleranter (81)	eher ablehnend (79)
6	Wohnort in Kindheit/Jugend	eher über 20.000 Ew.	eher unter 20.000 Ew.
7	Wohnort gegenwärtig	eher unter 20.000 Ew.	eher über 20.000 Ew.
8	Bekannte mit einem Abort	eher nein	eher ja
9	Schulabschluß, selbst	eher Volksschule	eher mehr als Volksschule
10	Schulabschluß des Mannes	eher Volksschule	eher mehr als Volksschule
11	Soziale Ängste	eher weniger (4.0)	eher mehr (4.6)
12	Depressivität (FPI)	durchschnittlich (3.3)	unterdurchschnittlich (2.8)
13	Berufstätigkeit	eher nicht	eher ja

Alle Variablenkombinationen 1,2; 1,2,3; ... ; 1 bis 13 sind signifikant, z.T. hoch signifikant

*) in der Reihenfolge ihrer Ladungshöhen

6.22 Trennung der Gruppe 1 (niederländische Abortpatientinnen, II. Trimester) gegen Gruppe 4 (inländische Abortpatientinnen)

In Tabelle 37 sind die Ergebnisse einer Diskriminanzanalyse zwischen den Gruppen 1 und 4 dargestellt. Hier geht es um eine Typisierung der Frau, die ihre ungewollte Schwangerschaft erst im II. Trimester unterbricht im Vergleich zu der Frau, die sich einer Begutachtung zu unterziehen bereit ist und dabei Erfolg hat.

Die Situation der Patientin der Gruppe 1 in ihrer Kindheit und Jugend läßt sich durch die höhere Schulbildung ihres Vaters charakterisieren sowie den urbanen Typ ihres Wohnortes. Sie ist als erstes Kind geboren und hat die Schule länger besucht als gesetzlich vorgeschrieben und einen höheren Schulabschluß erlangt [1].

Zum Zeitpunkt des Aborts ist die Patientin der Gruppe 1 eher nicht berufstätig, gleichwohl finden sich hier mehr Frauen mit Abort-Bekannten und dieser Eingriff wird auch deutlich stärker toleriert. Diese tolerante Einstellung korrespondiert mit der geringen Kirchenbindung und den nur geringen abortspezifischen, psychischen Ängsten. Die Frau der Gruppe 1 erscheint im Vergleich zu der Gruppe 4 intellektuell beweglicher (geringerer Rigiditätswert) und vielleicht auch emotional empfindsamer, was sich in de aktuellen Belastungssituation in einer überdurchschnittlichen Erregbarkeit manifestiert bei einer nur durchschnittlichen Nervosität. Die Verfolgung ihres Ziels, des Aborts bis ins II. Trimester, läßt auf ein gewisses Durchhaltevermögen schließen, das seine Bestätigung in einer zur Trennung bedeutsamen, jedoch durchschnittlichen Aggressivität (adgredi) findet.

Das über die Patientin der Gruppe 1 Gesagte gilt - mit umgekehrtem Vorzeichen - für die Patientin der inländischen Kliniken. Unter Heranziehung der oben dargestellten Mittelwerte kann die Abortpatientin einer inländischen Frauenklinik (Gruppe 4) als konsistente Persönlichkeit dargestellt werden. Bei einem - von allen Gruppen - höchsten Rigiditätswert lehnt sie vorehelichen Geschlechtsverkehr am stärksten ab und außerdem auch den Abort. Sie schätzt daher auch die Abortquote am niedrigsten. Sie ist

---

1) Wenn die Patientin der Gruppe 1 hier mit "eher höheren Schulabschluß" charakterisiert wird, in Kap. 6.21 jedoch mit "eher Volksschule", so ist das kein Widerspruch, da diese Gruppe 1 einmal mit Gruppe 3 und einmal mit Gruppe 4 verglichen wird.

Tabelle 37 : Diskriminanzanalytische Trennung zwischen der Gruppe von Frauen, die eine Gravidität im II. Trimester in den Niederlanden abbrechen lassen und denen, die diesen Eingriff im I. Trimester in einer inländischen Klinik durchführen lassen

Lfd. Nr. *)	Name der Variablen	Gruppe 1 (II. Trim./Niederlande)	Gruppe 4 (I. Trim./BRD)
1	Einstellung zum Abort	eher tolerierend (81)	eher ablehnend (65)
2	Zivilstand	eher ledig	eher verheiratet
3	Schulabschluß d. Vaters	eher mehr als Volksschule	eher Volksschule
4	Berufstätigkeit	eher nicht	eher ja
5	Wohnort in Kindheit/Jugend	eher über 20.000 Ew.	eher unter 20.000 Ew.
6	Schulabschluß, selbst	eher mehr als Volksschule	eher Volksschule
7	Nervosität (FPI)	durchschnittlich (2.5)	überdurchschnittlich (3.0)
8	Bekannte mit einem Abort	eher ja	eher nein
9	Kirchenbesuch	selten oder nie	gelegentlich, unregelmäßig
10	Aggressivität (FPI)	durchschnittlich (1.4)	unterdurchschnittlich (0.8)
11	Erregbarkeit (FPI)	überdurchschnittlich (3.9)	unterdurchschnittlich (3.0)
12	Psychische Ängste	eher weniger (6.1)	eher mehr (6.9)
13	Rigidität	eher weniger (2.9)	eher mehr (3.4)
14	Rangplatz in Geschwisterreihe	eher Erstgeborenes	eher als 2. oder später geboren

Alle Variablenkombinationen 1,2; 1,2,3; ...; 1 bis 14 sind hoch signifikant, z.T. $p < 0.001$

*) in der Reihenfolge ihrer Ladungshöhen

(vielleicht nur in der Klinikssituation) deutlich unterdurchschnittlich bereit, über sich Auskunft zu geben: es besteht die Gefahr, daß dadurch besonders die Fragen mit thematischen Bezug zum Abort verzerrt werden. Rigidität, Ablehnung vorehelichen Geschlechtsverkehrs, geringe Abortneigung und niedrige Abortschätzung korrespondieren mit einer höheren Kirchenbindung, die sowohl bei den einfachen Mittelwertsvergleichen hervorstachen, als auch in der Diskriminanzanalyse wieder bedeutsam wurde. Berücksichtigt man ergänzend den eher kleinstädtisch oder dörflichen Wohnort in der Jugend, den Vater ohne höheren Schulabschluß, den eigenen Volksschulabschluß und die unterdurchschnittliche (!) Aggressivität, so erstaunt fast, daß in der vom Abort betroffenen Situation nur geringe Manifestationen psychischer Irritationen auftreten: überdurchschnittliche Nervosität und hohe abortspezifische psychische Ängste.

6.23 Trennung der Abortgruppen des I. Trimesters, Abortpatientinnen aus inländischen und niederländischen Kliniken

In Tabelle 38 sind die Ergebnisse einer Diskriminanzanalyse zwischen den Gruppen 3 (I. Trimester Niederlande) und 4 (I. Trimester BRD) dargestellt. Da die Patientinnen beider Gruppen die Kliniken relativ früh - eben im I. Trimester - erreichen, kann vermutet werden, daß die Wahl der Klinik weitgehend eine gezielte Überlegung war: anders als etwa die Patientinnen der Gruppe 1/2, die wahrscheinlich nicht eine Verzögerung bis zum II. Trimester willentlich herbeigeführt haben.

Neben dem Informationsaspekt - die Patientinnen der Gruppe 3 haben mehr Bekannte mit Aborterfahrung, sind eher berufstätig und kommen häufiger aus einer größeren Stadt - imponiert bei dieser Diskriminanzanalyse der hohe Anteil psychischer Variablen, die zu signifikanten Trennungen beitragen. Diese Tatsache kann als Unterstützung für die Vermutung angesehen werden, daß die Wahl der in- oder ausländischen Klinik Ergebnis eines relativ freien Entscheidungsprozesses darstellt. Auf der Attitüdenebene dürfte die Patientin, die sich für eine niederländische Klinik entschließt, weniger moralische Bedenken haben, als ihre inländische Mitpatientin: bei einer geringeren Kirchenbindung hat sie eine tolerantere Einstellung gegenüber dem Abort. So sind auch im Falle der aktuellen Betroffenheit abortspezifische medizinische und psychische Ängste geringer.

Tabelle 38 : Diskriminanzanalytische Trennung der Gruppen von Frauen, die eine Gravidität im I. Trimester abbrechen lassen, bundesdeutsche Patientinnen aus niederländischen Kliniken gegen solche aus inländischen Kliniken

Lfd. Nr. *)	Name der Variablen	Gruppe 3 (Niederlande)	Gruppe 4 (Inland)
1	Einstellung zum Abort	eher tolerierend (79)	eher ablehnend (64)
2	broken home	eher ja	eher nein
3	Schulabschluß	eher mehr als Volksschule	eher nur Volksschule
4	Depressivität (FPI)	unterdurchschnittlich (2.8)	durchschnittlich (2.9)
5	Bekannte mit einem Abort	eher ja	eher nein
6	Medizinische Ängste	eher weniger (2.9)	eher mehr (3.6)
7	Berufstätigkeit	eher je	eher nicht
8	Wohnort gegenwärtig	eher über 20.000 Ew.	eher unter 20.000 Ew.
9	Kirchenbesuch	selten oder nie	gelegentlich, unregelmäßig
10	Zivilstand	eher ledig	eher verheiratet
11	Aggressivität	durchschnittlich (1.3)	unterdurchschnittlich (0.8)
12	Psychische Ängste	eher weniger (6.3)	eher mehr (6.9)
13	Neurotizismus (FPI)	durchschnittlich (3.0)	unterdurchschnittlich (2.5)
14	Rigidität	eher weniger (2.5)	eher mehr (3.1)
15	Beruf des Vaters	leicht statushöher	leicht statustiefer

Alle Variablenkombinationen 1,2; 1,2,3; ...; 1 bis 15 sind hoch signifikant, z.T. $p < 0.001$

*) in der Reihenfolge ihrer Ladungshöhen

Auf der Persönlichkeitsebene vereinigt die bundesdeutsche Patientin einer niederländischen Klinik eine Anzahl von Zügen, die es ihr ermöglichen, ihren Entschluß in die Tat umzusetzen: sie ist weniger rigide und damit intellektuell beweglicher, unterdurchschnittlich depressiv und damit zuversichtlicher. Ihre durchschnittliche Aggressivität läßt sie ein Problem aktiv in die Hand nehmen und an die Probleme herangehen (adgredi). Da sie einen höheren Schulabschluß hat, mag ihr auch der Umgang mit fremdem, ausländischem Klinikspersonal weniger abschreckend erscheinen. Angenommene - realiter jedoch in den Niederlanden nicht bestehende - Sprachbarrieren können für eine Volksschülerin, die nie eine fremde Sprache erlernt hat, ein ernsthafter Hinderungsgrund sein, mit diesen Kliniken Kontakt aufzunehmen. Die oben dargestellten Mittelwerte runden das Bild ab; die Patientin der Gruppe 3 kommt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt häufiger aus einer Elternfamilie mit höherem Schulabschluß und hat auch selbst einen höheren Schulabschluß und - falls verheiratet - hat auch der Mann einen höheren Schulabschluß, im Vergleich zu den anderen Abortgruppen. Bezüglich des Berufes des Vaters, als auch des eigenen finden sich in dieser Gruppe die statushöchsten Berufe. Mit zunehmendem Schulabschluß und geringerer Rigidität mag hier die Bereitschaft sinken, sich einer als nicht durchschaubar erlebten Begutachtung zu unterwerfen.

Für die inländische Abortpatientin gilt das Gesagte, mit umgekehrtem Vorzeichen. Variablen, die in der Trennung gegen die Gruppe 1 bereits auftauchten, werden nicht wiederholt. An neuen Variablen taucht auf die Tatsache der unvollständigen Familie. Es bestätigt sich das im Mittelwertvergleich gefundene Ergebnis, daß die Patientinnen der Gruppe 4 in weitgehend vollständigen Familien aufgewachsen sind. Der Beruf des Vaters liegt, seinem Volksschulabschluß entsprechend, eher im unteren Bereich der Statusskala. Mit 76 % weisen die Frauen der Gruppe 4 die höchste Verheiratetenquote auf. Damit zusammenhängen dürfte es, daß diese Frauen den vor- und sicher auch außerehelichen Geschlechtsverkehr am stärksten und rigidesten ablehnen. An psychischen Variablen läßt sich beobachten, daß die inländischen Abortpatientinnen eher durchschnittlich depressiv, unterdurchschnittlich aggressiv und unterdurchschnittlich neurotisch sind. Die geringe Tolerierung des Aborts korrespondiert mit der erhöhten Kirchenbindung. Auf die eigene Betroffenheit reagiert sie mit erhöhten abortspezifischen Ängsten.

6.3 Diskriminanzanalyse der Extremgruppen: Suche nach validen Prädiktoren

Wie oben in Kap. 5.6 dargestellt, wurde für die Identifikation von validen Prädiktoren je eine Gruppe von Patientinnen ausgewählt, denen es nach einem provozierten Abort "besser" resp, "schlechter" geht, als vor dem Eingriff. Zur Häufigkeit der auftretenden Irritationen kann - je nach Strenge des Kriteriums - gesagt werden, daß bei 0.3 % bis 8.5 % der Abortpatientinnen eine Verschlechterung des Psychostatus zu befürchten ist. Als strenges Kriterium wurden 5 Punkte Verschlechterung in den drei fraglichen Skalen angesehen, als weniger strenges mehr als 1 Punkt.

Die beiden Extremgruppen unterscheiden sich in den Kriterienvariablen Neurotische Tendenz (zwei Skalen) und Depression höchst signifikant ($F(3,70) = 54.78$; Prüfgröße $F(3,70)$ für 1 % Signifikanz = 4.08; Abb. 6).

Ein Blick in die Literatur zeigt, daß auch andere Autoren die hier identifizierten Variablen als relevant ansehen. SIMON et al. (1967) spricht von "neurotic depression", SIEGFRIED (1951) von "reaktiver Depression" und PECK (pers. Mitteilung) von "depressiv reaction" und "neurotic character disorder". LEVENE et al. (1970) untersuchen Abortpatientinnen und fanden "depressiv reaction" und auch bei KIMBAL (1970) gehören "neurosis" und "depressiv neurosis" zu den führenden Variablen. PEREZ-REYES et al. (1970) verwenden - wie auch die folgenden Autoren - standardisierte Instrumente zur Psychodiagnostik. Sie fanden den ausgeprägtesten Wert in der MMPI - Depressionsskala. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen SIMON (1971), BRODY (1971), BLASER et al. (1972). OLLEY sah 1971 das "neurotic pattern" des 16 P.F. als relevant an.

In der vorliegenden Diskriminanzanalyse wurde versucht, die Gruppen anhand ihrer vor dem Eingriff feststellbaren Merkmale zu trennen. Es wäre damit möglich - unbeschadet einer ausstehenden Kreuzvalidierung - vor dem Eingriff Patienten als "psychisch problematisch" bzw. "unproblematisch" zu diagnostizieren und geeignete präventive und therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

Die "schlechter"-Gruppe besteht aus N = 38 Patientinnen, von denen N = 14 (37 %) in einer inländischen Klinik behandelt wurden und N = 24 (63 %) in einer niederländischen. Bei den Patientinnen der inländischen Klinik dieser Gruppe wurden bei N = 8 Patientinnen (57 %) keine und bei

Tabelle 39 : Diskriminanzanalytische Trennung der Gruppen von Frauen, bei denen die Prognose auf "postabortative Irritationen", gegenüber "Abwesenheit von Irritationen" lautet

Lfd. Nr. *)	Name der Variablen	Prognose lautet auf... "irritationsgefährdet"	"irritationsfrei"
1	Sterilisation	eher nein	eher ja
2	broken home	eher nein	eher ja
3	Berufsausbildung	eher nein	eher ja
4	vorehelichen GV	eher tolerierend (1.4)	eher ablehnend (1.9)
5	Zivilstand	eher ledig	eher verheiratet
6	Schulabschluß d. Mannes	eher Volksschule	eher mehr als Volksschule
7	Rangplatz in Geschwisterreihe	eher Erstgeborenes	eher als 2. oder später geboren
8	Berufstätigkeit	eher ja	eher nein
9	medizinische Komplikationen	selten	fast nie
10	Schätzung zum Verhältnis Geburten/Abtreibungen	G/A etwa 1.:1	G/A etwa 10 : 6
11	Gehemmtheit (FPI)	durchschnittlich (3.8)	unterdurchschnittlich (2.9)
12	Alter	eher jünger (27.7)	eher älter (28.0)
13	Selbstbefinden vorher	eher schlechter (2.7)	eher besser (2.5)
14	Einstellung zum Abort	etwas ablehnender (74)	etwas tolerierender (76)

*) in der Reihenfolge ihrer Ladungshöhen

Fortsetzung s. nächste Seite

Fortsetzung zu Tabelle 39 : Darstellung einzelner Variablenkombinationen mit Signifikanzniveau und Zuordnungsgenauigkeit

Variablen Nr.	Signifikanznineau	Fehler in der Prognose auf "irritationsfrei" %
1,2	HS	8
1-3	HS	17
1-4	HS	19
1-5	HS	25
1-6	HS	25
1-7	HS	25
1-8	HS	25
1-9	HS	19
1-10	HS	22
1-11	S	27
1-12	S	24
1-13	S	21
1-14	S	16
1-3, 5	HS	19
1,3	S	19
2-8, 14	HS	19
2-9, 14	HS	22
2-10, 14	HS	24
2,3,6,7,12	HS	25
2-5, 14	HS	25
2-6, 14	HS	28
2-7, 14	HS	28
4,6,7	S	30
2,6,9,10	S	33
4,5,10,14	S	33
1,2,6,10	S	33
1,2,7	HS	36
4,10,11	HS	36
3,8	S	36
4,10,11,13,14	S	36

HS: $p < 0.01$
S: $p < 0.05$

N = 6 Patientinnen (43 %) Symptome für leichte und mittlere psychische Konflikte diagnostiziert. Die "besser"-Gruppe besteht aus N = 36 Patientinnen, von denen N = 15 (41 %) in einer inländischen Klinik behandelt wurden und N = 21 (59 %) in einer niederländischen. Bei den Patientinnen der inländischen Kliniken wurden bei N = 11 (73 %) keine und bei N = 4 (27 %) Symptome für leichte und schwere psychische Konflikte diagnostiziert. Die Anzahl der Fälle mit diagnostizierten Symptomen ist jedoch zu gering, um aussagekräftig zu sein.

Unterzieht man die beiden Gruppen einer Diskriminanzanalyse, so lassen sich Variablen identifizieren, die zu signifikanten Trennfunktionen führen. Tabelle 39 gibt eine Darstellung der zu signifikanten Trennfunktionen führenden Variablen in der Reihenfolge ihrer Ladungshöhen sowie ihrer Kombinationen. Die genaueste Zuordnung von 92 % ergibt sich bei der Verwendung der Variablen 1 (Sterilisation) und 2 (broken home, Abb. 7): wenn eine Patientin eine Sterilisation wünscht und diese durchgeführt wird, und diese Patientin außerdem noch ohne Vater aufgewachsen ist, so ist ein provozierter Abort psychisch deutlich unproblematischer, als wenn diese Bedingungen nicht erfüllt sind. Die "unproblematische" Patientin hat eher einen Beruf erlernt (Variable 3), übt aber gegenwärtig keinen Beruf aus (Variable 8), im Gegensatz zu ihrer "problematischen" Mitpatientin, die ohne Ausbildung einen - demgemäß anspruchsloseren - Beruf ausübt.

Im Alter näher an dreißig (Variable 12) ist die "unproblematische" Patientin häufiger mit einem Mann höherem als Volksschulabschluß verheiratet (Variablen 5 & 6). Da sie selbst verheiratet ist, kann sie vorehelichen Geschlechtsverkehr ablehnen, Abtreibungen als nicht so häufig annehmen und sich gleichzeitig pragmatisch geben und Abort eher tolerieren (Variablen 4, 10 & 14). Sie fühlt sich insgesamt besser (Variable 13) und ist ungezwungener, kontaktfreudiger (Variable 11). Die Abwesenheit von medizinischen Frühkomplikationen (Variable 9) trägt zu ihrer unproblematischen psychischen Situation bei. Der Prognosewert dieser letzteren Variablen müßte von medizinischer Seite diskutiert werden: inwieweit lassen sich beim Abort medizinische Frühkomplikationen im Einzelfall vorhersagen?
Die "unproblematische" Abortpatientin läßt sich als Frau der Mittelschicht charakterisieren, die einen Beruf erlernt hat, diesen aber nicht

ausübt, weil ihr Mann - sie ist in der Regel verheiratet - in einer seiner Schulbildung gemäßen gehobenen Stellung ist. Sie ist leicht älter als die "problematische" Patientin, ungezwungen und kontaktfähig. Auf Grund ihrer toleranten Einstellung zum Abort ist ihr Selbstbefinden eher besser. Da sie verheiratet ist, kann sie vorehelichen Geschlechtsverkehr ablehnen. Zu ihrem guten Selbstbefinden trägt bei, daß sie medizinisch komplikationslos interrumpiert und sterilisiert wurde: in eine Abortsituation kommt sie mit Sicherheit nie wieder. In ihrer Jugend hat sie mit ihrer alleinstehenden Mutter und älteren Geschwistern zusammengelebt.

Bezüglich der Kombination broken home/vorehelicher (außerehelicher) Geschlechtsverkehr/Aborttoleranz gilt das oben im Kapitel 6.21 Gesagte: die Probandin hat sich die Haltung der alleinstehenden Mutter zu eigen gemacht.

Die "problematische" Patientin kommt dagegen aus einer intakten Familie und wurde als erstes Kind geboren. Sie ist eher ledig und arbeitet in einer unteren Stellung ohne Berufsausbildung. Falls sie verheiratet ist, hat auch der Mann nur Volksschulabschluß. Da sie eher ledig ist, steht sie vorehelichem Geschlechtsverkehr eher tolerant gegenüber, lehnt den Abort jedoch eher ab als ihre "unproblematische" Mitpatientin. Bezüglich ihrer eigenen Unterbrechung weiß sie sich als einen alltäglichen Fall: sie schätzt eine höhere Abtreibungsquote. Ihr Selbstbefinden ist in Übereinstimmung mit den Kriterienvariablen auch vor dem Eingriff eher schlechter. Die Abhängigkeit zwischen Alter und Zivilstand bestätigt sich auch hier. Medizinische Komplikationen sind auch in dieser Gruppe selten, tragen jedoch erwartungsgemäß zur Problematisierung des Psychostatus bei. Bezüglich Gehemmtheit/Ungezwungenheit findet sich hier ein durchschnittlicher Wert.

6.4 Hypothesenprüfung

Hypothese 1 soll im Anschluß an die anderen geprüft werden, weil sie als Generalhypothese einer Anzahl von Differenzierungsmöglichkeiten unterliegt, die in den folgenden Hypothesen ansatzweise geliefert werden.

Hypothese 2 nimmt an, daß Fremdverantwortlichkeit bei der Entscheidung zu einem Abort entlastend sei. Diese liegt vor, wenn es sich um einen legalen, insbesondere medizinisch indizierten Abort handelt[1]. Fremdverantwortlichkeit des Abort rückt diesen bedeutungsmäßig in die Nähe anderer gynäkologischer Operationen. Zur Prüfung dieser Hypothese müssen markante Charakteristika der Gruppe 4 (inländischer Abort) mit denen der Gruppen 3 (Abort im Ausland) und 5 (gynäkologische Operation) verglichen werden.

Tabelle 40: Vergleich ausgewählter Werte zwischen den Gruppen 3, 4 und 5

	Gruppe 3		Gruppe 4	Gruppe 5
Einstellung	78	(2	HS 65	LS 70
Med. Ängste	3.0		LS 3.5	NS 3.5
Soz. Ängste	4.6		LS 5.2	NS 4.7
Rigidität	2.5		LS 3.1	NS 2.9
vorehel. GV	1.5		HS 2.2	HS 1.5

(2 Der Unterschied zwischen den benachbarten Gruppen ist HS: hoch signifikant, $p < 0.01$; LS: leicht signifikant, $p < 0.1$; NS: nicht signifikant, $p > 0.1$

Tabelle 40 gibt eine Darstellung aller bedeutsamen psychischen Variablen, bei denen zumindest eine Differenz zwischen den betrachteten Gruppen mindestens leicht signifikant (LS) ist. Es zeigt sich, daß die Gruppe 4 zu Gruppe 5 eine weit geringere Distanz hat als zu Gruppe 3 (2 signifikante Unterschiede zwischen Gruppe 4 und 5 gegenüber 5 solcher Unterschiede zwischen Gruppe 4 und 3).

Das bedeutet, daß die Abortpatientin legaler Indikation eine größere Ähnlichkeit hat mit einer anderen Patientin beliebiger Operation, als mit einer (deutschen) Abortpatientin in einer ausländischen Klinik. Das materiell gleiche Verfahren repräsentiert sich kognitiv unterschiedlich. Die Patientin in den Niederlanden ist gegenüber Abort toleranter und hat weniger abort-

1) Eine Prüfung der Hypothese anhand medizinisch indizierter Aborte ist wegen der zu geringen Fallzahl nicht möglich.

spezifische medizinische und soziale Ängste als ihre Mitpatientin in einer inländischen Klinik. Vielleicht erreicht die niederländische Patientin ihr Ziel deshalb, weil sie im Vergleich zur inländischen Patientin weniger rigide ist. Der hohe Ablehnungswert gegenüber vorehelichem Geschlechtsverkehr in Gruppe 4 gleicht sich bei der zweiten Befragung nach dem Eingriff dem Wert der anderen an.

Die große Ähnlichkeit zwischen Gruppe 4/5 und ihre Distanz zu Gruppe 3 läßt die Fremdverantworlichkeitshypothese hier als nicht abzulehnen erscheinen.

Hypothese 3 erwartet, daß Patientinnen mit einem Abort nach dem Eingriff eine ablehnendere Einstellung zum Abort haben werden als vorher und, daß die Veränderung größer ist als bei den Kontrollgruppen. Der Abort verursache außerdem Irritationen, die mit gleichzeitigem Auftreten aversiver Ereignisse vergrößert werden.

Zur Prüfung dieser Annahmen ist Tabelle 28 und 28 A heranzuziehen. Es erstaunt, daß bei signifikant unterschiedlichen Ausgangsniveaus sich keine signifikanten Veränderungen von vorher zu nachher feststellen läßt. Lediglich bei den evangelischen Probandinnen der Gruppe 3 ist eine leicht signifikante Einstellungsänderung festzustellen, allerdings entgegen der erwarteten Richtung. Diese Tendenz kann im Sinne der FESTINGERschen (1957) "post-decision-dissonance-reduction" interpretiert werden.

FESTINGER, der die kognitive Dissonanztheorie vorstellte, geht von der Annahme aus, daß Informationen, Kenntnisse und Meinungen ("cognitive elements") in bestimmten, entweder irrelevanten, konsonanten oder dissonanten Beziehungen zueinander stehen. Zur Auswirkung dissonanter Beziehungen formuliert FESTINGER (1957, p. 3) folgende Grundannahmen:

- Kognitive Dissonanzen äußern sich in einem unangenehmen psychischen Spannungszustand und regen das psychische System an, Konsonanz zu erlangen.
- Kognitive Dissonanzen aktivieren das psychische System im Sinne einer Vermeidung von Situationen und Informationen, die das Ausmaß der Dissonanz vergrößern könnten.

Das Ausmaß der Dissonanz zwischen kognitiven Elementen ist abhängig von der psychischen Relevanz der Elemente. Je größer die psychische

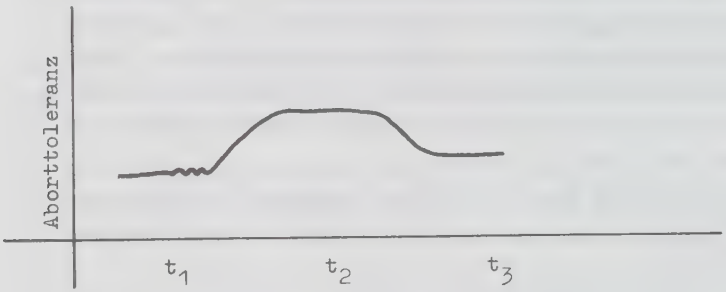
Relevanz der dissonanten kognitiven Elemente, desto größer der Dissonanzgrad und die Tendenz der Dissonanzreduktion. In der gegebenen postabortativen Situation könnte das Wissen um den eigenen Abort mit Einstellung gegenüber diesem Eingriff in Dissonanz geraten. Gemäß FESTINGERs Grundannahmen gerät dadurch das psychische System in Bewegung und macht im gegebenen Fall eine Einstellungsänderung notwendig, um Konsonanz zu erlangen.

Wie darzustellen sein wird, ist es jedoch wahrscheinlich, daß Entscheidung und eventuell notwendige Dissonanzreduktion in einem früheren Zeitpunkt lagen.

Wegen der teilweise hoch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen und der großen Ähnlichkeit der Werte innerhalb der Gruppe 3 {"vorher"- und "nachher"-Gruppe sind unabhängig voneinander!) kann die Einstellung als Spezifikum der jeweiligen Gruppe angenommen werden und damit, daß die Einstellungsänderung zu einem früheren Zeitpunkt stattgefunden hat. Die zu der Zeit entstandene Einstellung veranlaßte die betroffene Frau, sich in spezifischer Weise zu verhalten. Dieses Verhalten schlägt sich im gegebenen Zusammenhang in der Zugehörigkeit zu einer der Gruppen nieder.

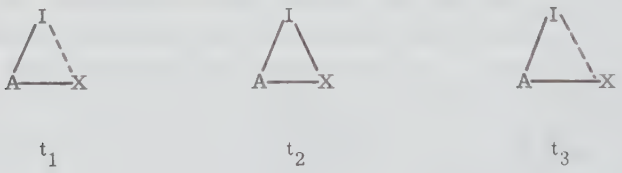
Die Einstellung zum Abort ist entweder ohnehin so tolerant, daß die betroffene Frau diesen Eingriff unmittelbar nach Bekanntwerden der ungeplanten Gravidität in ihre Überlegungen mit einbezieht, oder aber ihre Tolerierung hat ein Niveau, das einen Abort nur konfligrierend zuließe. In diesem zweiten Fall muß sich eine psychische Dynamik entwickelt haben, die - da sie ja einer Abortgruppe entstammt - in der Entscheidung zum Abort geendet hat. In Abbildung 8 ist schematisierend dargestellt, wie in diesem Fall das Tolerierungsniveau sich bewegt haben könnte. Vor t_1 hat die betroffene Frau eine Einstellung zum Abort, die in einem beliebigen Tolerierungsmaß dargestellt sei. In t_1 erfährt sie, daß sie ungeplant schwanger ist. Diese Information veranlaßt sie, sich mit Thema Abort zu beschäftigen, ihr Tolerierungsniveau ist in Bewegung. Die Frauen der Gruppen mit einem Abort entscheiden sich zwischen t_1 und t_2 für einen Abort und halten diesen Entschluß aufrecht. Um den Zeitpunkt t_2 herum ist die Einstellung soweit stabilisiert, daß eine wesentliche Veränderung nicht meßbar ist. Zu einem beliebigen späteren Zeitpunkt, mit Abnahme der Aktualität des Aborts ist denkbar, daß sich die Einstellung zwischen dem Niveau zum Zeitpunkt t_1 und t_2 einpendelt.

Abbildung 8: Periabortative Einstellungsdynamik



Für eine solche Dynamik sprechen Implikationen der Balance-Theorie, die HEIDER (1958) vorgestellt hat und von verschiedenen Autoren weiter entwickelt wurde. Eine Darstellung hierüber gibt etwa IRLE (1975, p. 300 ff.). Die von HEIDER entwickelten Gleichgewichts-/Ungleichgewichtsbeziehungen stellen sich für den gegebenen Zusammenhang gemäß Abbildung 9 dar.

Abbildung 9: Periabortative Balancestrukturen



I: betroffene Frau
A: zu versorgende Andere (Mann, Kinder)
X: Abort als Meinungsgegenstand
_____ positive Beziehung
_ _ _ _ negative Beziehung

Die betrachtete Frau I hat im Zeitpunkt t_1 eine negative, ablehnende Beziehung zum Abort, jedoch eine liebende Beziehung zu Mann und Kindern (A). Etwa durch die Begrenztheit verschiedener Möglichkeiten (Einkommen, Woh-

nung etc.) ist in der Vorstellung von I zu befürchten, daß ihre Zuwendung zu A leidet, wenn ein weiteres Kind geboren würde. Gleichzeitig lehnt sie jedoch Abort ab, sie kommt in den Konflikt, entweder ihre Beziehung zu A oder zu X ändern zu müssen. Ihre Bindung an A sei im betrachteten Fall größer als ihre Aversion gegenüber X, so daß sie ihre Meinung über X leichter ändern kann. Hinzu kommt in diesem relativ konfliktfrei konstruierten Fall, daß auch A zu X - in der Vorstellung von I - keine negative Beziehung hat, resp. den innerfamiliären Folgen positiv gegenüber steht. Zum Zeitpunkt des Aborts t_2 sind die Attitüden von I bezüglich A und X im Gleichgewicht, so daß kurzfristig keine Änderungen zu erwarten sind. Langfristig (t_3) ist es möglich, daß sie mit Abnahme der Aktualität des Aborts ihre Meinung wieder der von t_1 annähert.

Die Aborterfahrungshypothese 3 kann in der oben formulierten Form nicht bestätigt werden.

Zur Prüfung der Unterhypothese bezüglich aversiver Begleiterscheinungen des Aborts kann die Diskriminanzanalyse über die "besser/schlechter"-Gruppen herangezogen werden. (Tab. 39). Das leicht häufigere Auftreten medizinischer Komplikationen in der "schlechter"-Gruppe kann zur Stützung dieser Teilhypothese herangezogen werden.

Die Aktualisierungshypothese 4 erwartet in ihrer datendeskriptiven Version, daß Abortpatienten in einer herkömmlichen gynäkologischen Station häufiger Irritationen zeigen, als in einer monofunktionalen Abortklinik. Die Unterhypothese vermutet einen Einfluß auch bei nicht unmittelbar betroffenen Frauen mit einer anderen Operation. Zum Vergleich sollen die Gruppen 1/2, 4 und 5 herangezogen werden, die alle stationär behandelt wurden. Tabelle 41 führt Skalen auf, in denen sich deutliche Tendenzen in der Veränderung von "vorher" zu "nachher" ergaben.

Tabelle 41: Vergleich ausgewählter Werte zwischen den Gruppen 1/2, 4 und 5

	Gruppe 1/2	Gruppe 4	Gruppe 5
Nervosität (Tab. 24)	2.7/2.2 [1)]	2.1/2.7	2.7/2.7
Depressivität (24)	2.8/3.1	1.5/2.8	2.0/2.0
Selbstbefinden (32)	2.7/2.3	2.8/2.6	2.6/2.3
Neurotische Tendenz alle Pat. (Tab. 25)	3.7/3.7	3.3/3.3	3.0/2.8
evangel. Pat. (25 A)	3.8/3.9	3.7/3.4	3.1/2.9
kathol. Pat. (25 A)	3.5/3.5	2.9/2.9	2.5/2.2

1) vorher/nachher

Die Frauen der Gruppe 5 scheinen im Kliniksmilieu insgesamt psychisch ausgeglichener zu werden. In allen kritischen Skalen verbessern sie ihren Wert oder halten ihn zumindest konstant. Allein der Kliniksaufenthalt scheint geeignet zu sein, eine Stabilisierung der Psyche zu bewirken. Man kann spekulieren, daß das einwöchige Versorgtwerden für die in dieser Gruppe typische 30jährige Hausfrau mit zwei Kindern einer kleinen Kur gleichkommt, deren Erfolg auch durch die (moralisch unbedenkliche!) Operation nicht geschmälert wird. Demgegenüber zeigen die Abortpatientinnen der Gruppe 4 in den Skalen Nervosität und Depressivität eine Tendenz der Irritationssteigerung. Die neurotische Tendenz ist über alle Probanden der Gruppe 4 stabil, erst eine Aufschlüsselung nach Konfessionen zeigt die Tendenz, daß evangelische Patienten an dem "Kureffekt" des Kliniksaufenthaltes teilhaben, während die katholischen Patienten dies nicht tun.

Bei den Patienten einer monofunktionalen Abortklinik (Gruppe 1/2) zeigen sich hypothesengemäß weniger Irritationen als bei denen der Gruppe 4. Es ist zu bedenken, daß hier, nach einem in der Regel nur 24stündigem Aufenthalt noch kein "Kureffekt" zum Tragen kommen kann. Gleichwohl zeigen die Werte der kritischen Skalen Tendenzen der Verbesserung an. Lediglich der Depressionswert erhöht sich nennenswert, jedoch deutlich geringer als bei Gruppe 4.
Addiert man über alle Skalen auf, so schlägt sich der "Kureffekt" bei Gruppe 5 mit einer Verbesserung von 0.5 Punkten nieder unter Abwesen-

heit von Verschlechterungen. Die Abortgruppe 1 zeigt eine Verbesserung um 0.6 Punkte und die Abortgruppe 4 eine Verschlechterung um 1.7 Punkte, die unter Berücksichtigung der Fremdverantwortlichkeit des Eingriffs noch stärker zu gewichten sind.

Die Ergebnisse unterstützen die Vermutung, daß es eine Tendenz im Sinne der Aktualisierungshypothese gibt.

Hypothese 5 erwartet, daß unter den Frauen mit einem Abort weniger aktive Katholiken zu finden sein dürften, als ihrem Anteil in der BRD-Bevölkerung entspricht. Die aktiven Katholiken mit einem Abort dürften höhere Irritationswerte aufweisen, als ihre kirchlich inaktiven, nichtkatholischen Mitpatienten. Der erste Teil der Hypothese läßt sich aus Tabelle 5 teilweise bestätigen: die Abortgruppen zeigen einen Anteil zwischen 30 % und 36 % katholischer Patienten auf, gegenüber einem BRD-Anteil von 45 %. Bezüglich der Kirchenaktivität (Tab. 6) ist das Bild in Ermangelung einer eindeutigen Norm nicht so klar. Es erstaunt jedoch der hohe Anteil (10 %) der "regelmäßigen" Kirchenbesucher in Gruppe 4.

Betrachtet man die Neurosewerte als Indikator für Irritationen, so zeigt sich, nach Konfessionen aufgeschlüsselt (Tab. 27 A), daß ein Unterschied zwischen den Konfessionen überhaupt nur zwischen den Gruppen 4 leicht signifikant wird; katholische Probanden zeigen eine geringere neurotische Tendenz als evangelische. In dieser Gruppe zeigt sich auch, daß evangelische Abortpatientinnen eher von der Fremdverantwortlichkeit partizipieren können, als ihre katholischen Mitpatienten; die evangelischen Frauen zeigen eine Abnahme um rd. 0.3 Punkte, während die Katholikinnen auf ihrem tieferen Niveau unverändert bleiben.

Differenzen zwischen den Konfessionen zeigen sich auch bei der Einstellung (Gruppe 4, Tab. 28 A): evangelische Probanden sind deutlich (hochsignifikant) toleranter gegenüber einem Abort als katholische. Konfessionsbedingte Unterschiede scheinen jedoch nur in der Konfrontation mit einer "offiziellen Stelle", hier der Klinik, zum Tragen zu kommen. Für den Fall, daß sich eine Frau für einen Abort entschieden hat, scheint unterschiedliches konfessionelles Gedankengut sekundär zu sein. Dieses ist überwiegend vor der Entscheidung, resp. für den Ausgang des Entscheidungsprozesses relevant. Eine hier anstehende gleichzeitige Aufschlüsselung nach Konfession und Kirchenaktivität scheitert an den zu geringen Fallzahlen.

Die Erwartung, daß sich weniger Katholiken einem Abort unterziehen, kann als bestätigt angesehen werden. Der Irritationsgrad interrumpierter Katholiken liegt jedoch nicht höher, als der der evangelischen Mitpatienten. Letztere vermögen jedoch eher von der Fremdverantwortlichkeit eines legalen Eingriffs zu profitieren.

Die Kompensationshypothese 6 erwartet, daß mit zunehmender Rollenpluralität die Irritationen aus einer Rolle im Gesamtsystem an Gewicht verlieren. Hier ist ein vorher/nachher-Vergleich notwendig unter Berücksichtigung der Anzahl der Rollen, die eine Patientin auf sich vereinigt.

Die Diskriminanzanalyse (Tab. 39) der "besser/schlechter"-Gruppen zeigt, daß sich in der problematischen Gruppe signifikant mehr ledige Probandinnen befinden als in der unproblematischen. Die Ehe scheint in diesem Zusammenhang einen deutlichen Rollenschutz zu gewähren. Andererseits zeigt sich, daß die berufstätige Frau häufiger mit postabortativen psychischen Irritationen rechnen muß, als die nicht berufstätige. Als bedeutsam ist jedoch zu werten, daß es sich hier um statusniedrige Berufe handeln muß, da zur signifikanten Trennfunktion auch gehört, daß es sich um nichtausgebildete Frauen handelt. Die Aussage im Sinne der Hypothese müßte dahingehend modifiziert werden, daß mit zunehmender Anzahl befriedigender oder zumindest indifferenter Rollen die Krise einer einzelnen Rolle anteilmäßig weniger Störungen verursacht.

Die Diskriminanzanalyse (Tab. 39) der "besser/schlechter"-Gruppen zeigt weiter eine deutliche Stützung der Unwiederholbarkeitshypothese 7. Die Variable mit der größten Ladungshöhe ist die Sterilisation. Im Zuge der Reformulierung der individuellen weiblichen Existenz verschwinden eventuelle abortogene Irritationen in praktischer Irrelevanz.

Die Prüfung der vorangegangenen Hypothesen zeigte Aspekte der Vielschichtigkeit der Variablen auf, die eine postabortative Irritation fördern oder hemmen können. Die Hypothese 1, einer Irritation per se, die quasi automatisch Platz greift, wo vorher eine ausgewogene Psyche war, muß daher abgelehnt werden. Die gegen juristische Normen (illegal) durchgeführte Unterbrechung provoziert keine Irritationen, wenn die Normen als irrelevant empfunden werden. Verhalten contra legem und

und Unrechtsbewußtsein können divergieren. Das schließt freilich nicht aus, daß die Kenntnis der (moralisch) als irrelevant empfundenen Normen in dem Bemühen resultieren, sich vor (inadäquat empfundenen) negativen Legalsanktionen zu schützen. Insofern sind die vorgefundenen geringen Irritationen eher ein Maßstab für das Empfinden der geringen Verbindlichkeiten diesbezüglicher Normen als für die moralische Integrität der Betroffenen. Andererseits zeigte sich, daß für einen Teil der bundesrepublikanischen Bevölkerung die dikasteriogenen Normen als zu weit gefaßt nicht zutreffen. Für die katholischen Frauen, die ungewollt/ ungeplant schwanger werden, ist der Weg selbst zum legalen Abort wegen ekklesiogener Normen nur bedingt gangbar.

Diejenigen, die sich entschließen, entgegen weltlichen und/oder geistlichen Normen eine Unterbrechung herbeizuführen, scheinen insgesamt nicht von stärkeren Irritationen bedroht zu sein.

6.5 Zusammenfassung der Befunde

Mit der vorliegenden Untersuchung sollten bedeutsame Dimensionen gefunden werden, in denen sich Frauen beschreiben lassen, die sich einem Abort unterziehen. Diese Beschreibbarkeit ist anzusehen als eine Voraussetzung für die Typisierung psychischer Reaktionen auf diesen Eingriff. Bei der Existenz ähnlicher Reaktionsmuster wäre die Möglichkeit gegeben, Frauen mit abortogenen psychischen Irritationen bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung von solchen Frauen unterscheiden zu können, für die der Abort psychisch unproblematisch sein wird.

Zur Realisierung dieses Vorhabens wurden einerseits die Ergebnisse der vorliegenden Literatur zum provozierten Abort nutzbar gemacht, als auch andererseits die Erkenntnisse persönlichkeits- und kognitionspsychologischer Untersuchungen. Zur Bearbeitung der sich hieraus ergebenden Hypothesen, wurde eine empirische Untersuchung durchgeführt. Es wurden N = 364 bundesdeutsche Frauen in drei verschiedenen periabortiven Situationen befragt:

- Abort im II. Trimester der Gravidität, der unter Umgehung einer Begutachtung in einer niederländischen Klinik durchgeführt wurde,
- Abort im I. Trimester, der unter Umgehung einer Begutachtung in einer niederländischen Klinik durchgeführt wurde, und

- Abort im I. Trimester, der nach einer positiven Begutachtung in einer inländischen Klinik durchgeführt wurde.

Als Vergleichsgruppe wurden Frauen vor und nach einer moralisch indifferenten, gynäkologisch äquivalenten Operation befragt, weiterhin eine Reliabilitätsgruppe ohne jeden Eingriff. Zur Gewinnung valider Prädiktoren wurden die Frauen vor und nach dem Abort befragt. Die erhobenen Daten wurden einfachen und komplexen Mittelwertsvergleichen, sowie Diskriminanzanalysen unterzogen.

Als allgemeines Ergebnis kann festgestellt werden, daß die gewählte Erhebungsstrategie geeignet war, hypothesenrelevante Aussagen wie situationsspezifische Deskriptionen zu ermöglichen. Die zusätzlich durchgeführten unsystematischen Befragungen lassen die erhaltenen Daten als Aussagen einschätzen, die auf einem ernsthaften Engagement der betroffenen Frauen basieren.

Nachfolgend werden zunächst die drei Gruppen von Patientinnen zusammengefaßt beschrieben, die sich in unterschiedlichen Situationen einem Abort unterzogen haben, anschließend die Ergebnisse der Pädiktorensuche, wie sie sich unter Verwendung der diskriminanzanalytischen Trennung der Extremgruppen und der Hypothesenprüfungen ergeben.

- Die Patientinnen der ersten Gruppe sind dadurch charakterisiert, daß sie erst verzögert, im II. Trimester, eine niederländische Klinik aufsuchen. Die Ursache für diese Verzögerung ist darin zu suchen, daß sie ihre ungewollte Gravidität erst verspätet erkennen. Dies ist zu vermuten, weil ein vergleichsweise großer Teil dieser Frauen sich in den Rahmenzeiten der Geschlechtsreife befindet, in denen Zyklusinstabilitäten gehäuft anzutreffen sind. Hinzu kommt, daß die jüngeren Patientinnen (die jüngste war 14 Jahre alt) mit sexuellen und Verhütungsfragen weniger vertraut sein dürften, als etwa in der Mitte des dritten Lebensjahrzehnts

- und die älteren Patientinnen Verhütungsmaßnahmen nicht mehr für so bedeutsam ansehen. Mit 32 % findet sich hier der niedrigste Anteil von Patientinnen mit einem Abort, die normalerweise die Pille nehmen.

Zur Verschleppung der ungewollten Gravidität dürfte weiter beitragen, daß die Patientinnen nicht wußten, wie und wo man sich einem Abort unterziehen kann. Die Frauen dieser Gruppe haben weniger Bekannte

oder Verwandte, bei der ein Abort durchgeführt wurde, als die Frauen, die eine niederländische Klinik im I. Trimester aufsuchen. Sie kommen aus einer Kleinstadt, sind überwiegend nicht berufstätig und ledig. Sowohl in ihrer Herkunftsfamilie, als auch in ihrer gegenwärtigen - falls verheiratet - herrscht Volksschulbildung vor.

Mit der langen Verschleppung der ungewollten Gravidität gehen erhöhte Werte in den Skalen Nervosität, Erregbarkeit und Neurotische Tendenz einher. Der von allen Patientinnen mit einem Abort höchste Aggressivitätswert - der aber noch innerhalb des Normbereiches liegt - mag ein Indikator dafür sein, daß diese Frauen zielstrebig an ihr Problem herangehen und nicht resignieren. Hinzu kommt, daß diese Frauen dem Abort tolerant gegenüber stehen, eine geringe Kirchenbindung haben und wenig abortspezifische Ängste entwickeln.

- Die Frauen unseres Samples, die ohne Verzögerungen im I. Trimester der Gravidität eine niederländische Klinik aufsuchen, lassen sich als psychosexuell ausgeglichen beschreiben. Ihre Einstellung zum Abort ist gemäßigt tolerierend, sie haben eine geringe Kirchenbindung und etwa die Hälfte von ihnen nimmt normalerweise die Pille. Die Information von SCHNABEL (pers. Mitteilung) schließt sich hier nahtlos an, nach der ein Großteil der bundesdeutschen Frauen niederländische Kliniken aufsuchen, weil sie in der verordneten "Pillenpause" ungewollt schwanger werden. Die Informationsmöglichkeiten sind in dieser Gruppe durch den hohen Anteil berufstätiger Frauen eher günstig: etwa drei Viertel von ihnen kennt eine Frau, bei der ein Abort durchgeführt wurde.

Die Situation der Frau dieser Gruppe in der Herkunftsfamilie war eher häufiger anspruchsvoll: Vater oder Mutter hatten einen höheren Schulabschluß und der Beruf lag im oberen Bereich der Statusskala. Sie lebte mit Geschwistern zusammen, von denen sie nicht die älteste war. Sie schloß ihren Schulbesuch mit einem höheren Abschluß ab und heiratete einen mindest ebenso vorgebildeten Mann. Sie lebt zum Zeitpunkt des Aborts in einer größeren Stadt und ist intellektuell beweglich und eher positiv, optimistisch gestimmt. Die Beweglichkeit manifestiert sich in unterdurchschnittlichen Werten der Skalen Rigidität und Depression. Weiter unterscheidet sie sich signifikant von den anderen Patientinnen mit einem Abort in den Skalen Nervosität, Aggressivität und Neuroti-

sche Tendenz: die Patientin dieser Gruppe zeigt in allen drei Skalen Durchschnittswerte. Das befähigt sie, bei ausgeglichener Reizempfindlichkeit und einem abgewogenen "Stimmungshaushalt" aktiv an das aktuelle (Abort-) Problem heranzugehen.
Bezüglich abortspezifischer Risiken kalkuliert sie differenziert.

- Die Patientin, die sich in einer inländischen Klinik einem Abort im I. Trimester unterzieht, läßt sich durch die Abwesenheit auffälliger Eigenschaften charakterisieren. Sie ist in einer intakten Familie aufgewachsen, ihr Vater hatte seiner Volksschulbildung entsprechend, einen eher statustieferen Beruf und sie lebte in einer Kleinstadt oder einem Dorf, in dem sie auch zum Zeitpunkt des Aborts noch wohnt. Drei Viertel von ihnen sind verheiratet, wobei der Mann in der Regel auch die Volksschule abgeschlossen hat. Knapp die Hälfte von ihnen nimmt normalerweise die Pille und in ihrem Bekanntenkreis gibt es kaum eine Frau, die einen Abort erlebt hat - zumindest weiß sie nichts darüber. Sie kann sich so nur schlecht über alternative Abortmöglichkeiten informieren. Hinzu kommt, daß sie nur selten berufstätig ist.

In den psychischen Dimensionen zeigt sie bei durchschnittlicher Depression und Erregbarkeit eine erhöhte Nervosität. Damit einher geht die von allen Patientinnen mit einem Abort höchste psychische Rigidität, mit der sich bei hoher Kirchenbindung vorehelichen Geschlechtsverkehr und Abort ablehnt. Die geringe Tolerierung des Aborts bei gleichzeitiger Betroffenheit kovariert mit starken abortspezifischen Ängsten. Ihre deutlich unterdurchschnittliche Aggressivität läßt auf ein beständiges und gewissenhaftes Verhalten schließen.

- Postabortative psychische Irritationen treten je nach Strenge des Kriteriums bei 0.8 % bis 8.5 % der Patientinnen auf. Die Generalhypothese, daß ein Abort per se Irritationen provoziert, mußte abgelehnt werden. Verschiedene Variablen ließen sich als irritationsfördernd resp. -hemmend identifizieren. So kovariieren Verzögerungen mit einer Erhöhung neurotischer Tendenzen. In der Entscheidungsphase vor dem Eingriff ist die konfessionelle Zugehörigkeit bedeutsam: unter den Patientinnen mit einem Abort sind katholische Frauen unterrepräsentiert; demgegenüber sind aktive Kirchgänger nicht seltener unter den Abortpatientinnen. Die Konfessionszugehörigkeit vermochte bei der Prognose von psychischen Irritationen nicht zu trennen; bei Patientinnen mit hoher

Kirchenbindung zeigt sich jedoch ein erhöhtes Irritationsrisiko. Eine tolerante Einstellung zum Abort kovariiert mit einer konfliktarmen postabortativen Psychodynamik. Der Eingriff selbst ist nicht geeignet, die Einstellung gegenüber einem Abort deutlich zu verändern, wenn nicht andere aversive Begleitumstände hinzukommen. Dies gilt auch für die bundesdeutschen Frauen im Ausland, wo dieser Eingriff in der Regel nur unter Lokalanästesie vorgenommen wird. Als aversiver Begleitumstand konnten die Reizgegebenheiten einer Wochenstation identifiziert werden.

Die Hypothese, daß mit der Begutachtung eine Fremdverantwortlichkeit zum Tragen komme, konnte gestützt werden. Abortpatientinnen inländischer Indikationen haben in charakteristischen Variablen psychisch eine größere Nähe zu Patientinnen mit einer Vergleichsoperation, als mit bundesdeutschen Patientinnen niederländischer Kliniken. Die höchste prognostische Sicherheit von 92 % auf eine konfliktfreie postoperative Psychodynamik bieten - eine Kreuzvalidierung steht noch aus - die Variablen 'broken home' und 'Sterilisation': wenn eine Frau den Wunsch nach einer Sterilisation äußert und diese durchgeführt wird und sie außerdem noch ohne Vater aufgewachsen ist, so ist fast sicher mit der Abwesenheit abortogener Irritationen zu rechnen. An medizinischen Variablen hat sich weiterhin gezeigt, daß operative Frühkomplikationen geeignet sind, psychische Störungen zu fördern.

An soziographischen Variablen kovariierten mit einer unproblematischen Psychodynamik folgende Informationen: die so charakterisierte Frau ist häufig verheiratet, mit einem Mann höherer Schulbildung und hat selbst einen Beruf erlernt, den sie jedoch gegenwärtig nicht ausübt. Sie hat eine Anzahl von Aufgaben, die sie als befriedigend erlebt.

Insgesamt ist festzustellen, daß sowohl psychologische wie medizinische und soziographische Variablen als Prädiktoren isoliert werden konnten.

7. Abschließende Diskussion der Befunde

Ein Vergleich mit den Ergebnissen anderer Autoren wird durch die oben erwähnte Tatsache erschwert, daß die vorliegenden Arbeiten sich auf einen durch bestimmte Kriterien - meist enge Indikationen - ausgelesenen Personenkreis beschränken. Dieser Personenkreis ist hier in der Gruppe 4 repräsentiert, während die Patientinnen der Gruppe 1/2 und 3 einer erweiterten "Indikation: ungewollte Gravidität" genügen.

Die aus den vorliegenden Zahlen nahegelegte Vermutung, daß mit zunehmendem Alter kumulativ auch die Chance steigt verheiratet (gewesen) zu sein, ebenso wie die Anzahl der Kinder und Aborte, findet sich bei einer Anzahl von Autoren bestätigt (BRODY et al. 1971, FORD et al. 1971 a, GEBHARD et al. 1969, LEON et al. 1972, LEVENE et al. 1970, McCORMICK 1975, NISWANDER et al. 1967, OLLEY 1971, PECK (pers. Mitteilung), SIEGFRIED 1951). Diesbezüglich findet sich kein Unterschied zwischen Abortpatientinnen und nicht aktuell betroffenen Frauen.

Die hier gefundenen Werte bezüglich des höheren Schulabschlusses von Abortpatientinnen findet sich auch für die US-amerikanische Bevölkerung bestätigt. GEBHARD et al. (1969) berichten, daß mit zunehmender Ausbildung die Chance steigt, einen Abort zu ermöglichen. Auch die Abortpatientinnen, die McCORMICK (1975) untersuchte, hatten zu 72/60 % High School abgeschlossen oder mehr (weiße/farbige Probandinnen). Ihre Hypothese, daß mit zunehmender Ausbildung und höherem ökonomischen Status Abort eher favorisiert werde, konnte nur für die oberen Status bestätigt werden. Leute mit tieferem Ausbildungs-/ökonomischen Status zeigten ein heterogenes Bild.

Die Bedeutung der Tatsache in einer unvollständigen Familie aufgewachsen zu sein (broken home, d.h. in dieser Untersuchung unter Abwesenheit des Vaters) ist nicht eindeutig. Sowohl FORD et al. (1972) als auch PECK (pers. Mitteilung) berichten von überdurchschnittlichen Anteilen der Abortpatientinnen, die eine broken home-Herkunft aufweisen (40 resp. 24 %), während hier die Abortpatientinnen nur minimal häufiger in diese Kategorie fallen als der BRD-Durchschnitt. Die Tatsache des broken home ist hier jedoch in einem anderen Zusammenhang bedeutsam geworden: wenn nämlich eine Abortpatientin diese Bedingung erfüllt, verarbeitet sie den Abort um vieles günstiger, als andere. Die Tatsache,

daß eben diese Probandinnen auch vor-(außer-)ehelichen Geschlechtsverkehr eher ablehnen, gleichzeitig aber Abort eher tolerieren, kann nur im Zusammenhang mit der Situation in der Jugend interpretiert werden. Zunächst erstaunt es ja, daß Geschlechtsverkehr unter dieser Bedingung abgelehnt, Abort aber toleriert wird. Würde beides abgelehnt, so ließe sich das zu einem eher sexualfeindlichen Gesamtbild runden. Die zusätzliche broken home-Bedingung ergibt jedoch auch so ein konsistentes Bild. Die Abwesenheit eines Ehemannes problematisierte sexuelle Wünsche der Mutter, die im Falle der Unehelichkeit der Probandin noch deutlicher wurde. Ein Klima der Distanz zu sexuellen Fragen ist für diesen Haushalt denkbar und der Wunsch, daß es der Tochter (der jetzigen Patientin) nicht ähnlich gehen möge. Daher auf der einen Seite die größere Ablehnung vorehelicher sexueller Beziehungen; auf der anderen Seite der pragmatische Aspekt: wenn Mutter und Tochter außerehelich schwanger geworden sein sollten, so wird der Abort immer noch als das kleinere Übel angesenen, also eher toleriert werden.

Bezüglich der Frage, ob es sich bei der Abortpatientin um einen bestimmten Persönlichkeitstyp handelt, geht in der Literatur die Meinung auseinander. An dieser Stelle, wie auch bei allen folgenden psychologischen Variablen, wird der Vergleich erheblich erschwert, weil sich die in der Literatur vorgefundenen Untersuchungen mit einem eng ausgelesenen Patientengut befassen, das häufig einer psychiatrischen Indikation genügte. Diese Frauen sind vergleichbar mit der Gruppe 4 dieser Untersuchung. Hier unterstreicht der in vielen Variablen auffällige Unterschied zwischen der indikationengebundenen Gruppe 4 und den indikationsfreien Gruppen 1/2 und 3, daß ein Großteil der bisher vorliegenden Untersuchungen in ihren Aussagemöglichkeiten enger begrenzt sind, als in der Diskussion darüber deutlich wurde. Es zeigt sich, daß im Gegensatz etwa zu SIEGFRIED (1951), MÜLLER (1964) oder HEISS (1967), die Patientinnen dieser Gruppe 4 sich in keiner Persönlichkeitsvariablen signifikant von der Norm (Eichstichprobe) unterscheiden. Bei den Gruppen 1 - 3, die keiner hier bedeutsamen Auslese unterlagen, sind die Werte noch deutlicher an der Norm. Das bedeutet, daß sich Frauen, die sich einem Abort unterziehen, bezüglich bedeutsamer Persönlichkeitszüge nicht von anderen im Sinne einer Typisierung unterscheiden lassen.

Die hier vorgefundenen geringen vorher/nachher-Unterschiede finden ihre Bestätigung in den Berichten anderer Autoren (z.B. NISWANDER et al., 1972). Vor der Entscheidung durch ein Gremium zeigen die Probanden erhebliche Symptome psychischer Irritationen. Das Erscheinungsbild ist gekennzeichnet durch depressive und psychopathische Züge (BLASER et al. 1976, BRODY et al. 1971, OLLEY 1971, SIMON et al. 1967, 1969). Nach der positiven Begutachtung, jedoch noch vor dem Eingriff scheinen diese Irritationen nur mehr vermindert zu erwarten sein (NISWANDER et al. 1972). Nach dem Eingriff wird übereinstimmend von einer Verbesserung des Psychostatus berichtet. Lediglich das Ausmaß der Besserung resp. des Signifikanzniveaus ist unterschiedlich (BLASER et al. 1975, BRODY et al, 1971, NISWANDER et al. 1967, PEREZ-REYES et al. 1973; anders SIMON et al. 1969).

Unsere Stichproben wurden befragt, als Großteile des Irritationspotentials bereits reduziert waren, nämlich nach einer positiven Begutachtung (Gruppe 4) oder unter Umgehung einer solchen Begutachtung (Gruppen 1/2 und 3). Demgemäß zeigen sich geringe Differenzen und ein insgesamt eher gutes Befinden.

Die Frage, wie es technisch möglich ist, daß die Abortpatientinnen ungewollt schwanger werden, ist übereinstimmend zu beantworten: Abortpatientinnen benutzen weniger Kontrazeptiva (ARAFAT et al. 1974, McCORMICK 1975, hier Tabelle 18), machen "Pillenpause" (SCHNABEL, pers. Mitteilung) und/oder wissen weniger über effektive Verhütungsmaßnahmen (FORD et al. 1972).

Neben technischen Aspekten bedarf es auch einer einstellungsmäßigen Bereitschaft, um einen Abort bei sich vornehmen zu lassen. So fanden sich deutliche Unterschiede sowohl zwischen den verschiedenen Abortgruppen als auch zwischen diesen und den Kontrollgruppen. Die Abortprobandinnen im Ausland sind toleranter gegenüber diesem Eingriff als ihre inländischen Mitpatientinnen. Dies mag mit der Eigenverantwortlichkeit der ausländischen Patienten mit begründet liegen. Wenn demgegenüber die inländischen Abortpatientinnen diesen Eingriff stärker ablehnen als die Frauen der Kliniskontrollgruppe, so dürfte für diese der Eingriff nur deshalb zu relativ geringen Irritationen führen, weil sie von der Fremdverantwortlichkeit psychisch profitieren können. Nicht bestätigt werden konnte jedoch die Annahme, daß Katholiken ge-

nerell den Abort stärker ablehnen, als Protestanten (WEAST, 1968). Dies trifft hier nur zu, wenn diese katholischen Probandinnen mit einer offiziellen Stelle (Klinik) konfrontiert und (!) betroffen sind (Tabelle 28 A). Auch die Aussage von BARDIS (1972), daß Frauen über 30 Jahren signifikant toleranter gegenüber Abort sind, konnte in dieser Eindeutigkeit nicht reproduziert werden (Tabelle 28 B). Bedeutsamer scheint die Frage zu sein, ob eine Frau vom Abort betroffen ist oder nicht: mit der Betroffenheit steigt die Toleranz, diese jedoch bei über 30jährigen deutlicher (signifikant), als bei jüngeren Frauen. Zudem zeigt sich die Tendenz, daß das Alter in Abhängigkeit von einer dritten Variablen bedeutsam ist. Frauen, die psychisch unproblematisch auf einen Abort reagieren, sind leicht älter bei gleichzeitiger größerer Toleranz Abort gegenüber als problematisch reagierende (Tabelle 39).

Die Inkonsistenz, mit der die psychischen Folgen eines Aborts in der Literatur geschildert werden, ist qualitativ wie quantitativ groß. In der vorliegenden Untersuchung war nicht die Häufigkeit der Irritationen schwerpunktmäßig Gegenstand der Betrachtung. Es kann gleichwohl berichtet werden, daß in Übereinstimmung mit einer Anzahl von Autoren (ARAFAT 1974, BLASER et al. 1975, BOLTER 1962, BRODY et al., 1971, FORD et al. 1971 b, KUMMER 1963, LEVENE et al. 1970, NISWANDER et al. 1976, PECK et al. 1966, PEREZ-REYES et al. 1973, YALOM et al. 1968) Irritationen äußerst gering waren. Je eine Gruppe von Probanden, denen es nach dem Eingriff "schlechter" resp. "besser" geht als vorher, konnte erst unter Verwendung feinerer Psychodiagnostika identifiziert werden, weil es allen Abortgruppen nach dem Eingriff gemäß subjektivem Selbstbefinden signifikant besser ging (Tabelle 32).

Arbeiten, die sich um Prädiktoren für postabortative psychische Irritationen bemühen, sind selten und dann der mehrfach erwähnten Auslese der Patienten unterworfen. So etwa FORD et al. (1971), die sich für eine psychiatrische Betreuung aussprechen, wenn die Patientin unter Psychosen, Depressionen oder resistenten Suizidgedanken leidet. OFFERGELD (1961) prognostiziert, daß "Leute mit engem Horizont" häufig unter "Schuldbewußtsein" leiden und SIEGFRIED (1951) mißt den Eigenschaften "moralisch weniger hochwertig, stumpf, debil, hysterisch" implizit Prädiktorenqualität zu, weil diese so bestimmten Patienten hinterher "einfach froh" über die überstandene Operation sind.

Die nur bedingte Vergleichbarkeit dieser Arbeit mit denen anderer Autoren wurde oben hervorgehoben. Die dort betrachteten Populationen genügten einer, oft der psychiatrischen Indikation, während hier das Schwergewicht auf den Probandinnen liegt, die psychiatrisch ohne Befund sind, also dem zahlenmäßigen Normalfall der Abortpraxis.

Der Aufenthalt in einer Klinik scheint bei einer Anzahl von Frauen eine Art "Kureffekt" zu haben, der sich in einer psychischen Stabilisierung manifestiert. Diese Tendenz ist bei den Frauen der Kontrollgruppe mit einer moralisch indifferenten Operation deutlich zu beobachten. Dieser "Kureffekt" kommt bei den inländischen Patientinnen mit einem Abort nicht mehr deutlich zum Niederschlag, da einige aversive Variablen psychische Irritationen produzierten. Zur Situation in der Klinik schreiben SCHULTE et al (1969), p. 110), daß "jede Diffamierung" der Abortpatientin in der Frauenklinik vermieden werden müsse. Ergänzend kann hier belegt werden, daß das Milieu einer deutschen Frauenklinik geeignet zu sein scheint, bei Abortpatientinnen Irritationen zu provozieren. Zur Deutung dieser Tendenz wurde hier eine Aktualisierung angenommen, die entsteht, wenn eine Abortpatientin mit den Merkmalen einer Wochenstation konfrontiert wird. Zur Prävention von Diffamierung und Aktualisierung wäre es günstig

1. dem Pflegepersonal die Wahl zu lassen, ob es auf der Abortstation arbeiten möchte oder nicht. Wie CHAR et al. (1972) und KIMBEL (1972) geschildert haben, sind Identitätskrisen des Pflegepersonals in Abortkliniken resp. -stationen denkbar. Der Wahlfreiheit dieser Mitarbeiter entspricht die freie Gewissensentscheidung des Arztes, dem die Vornahme eines Aborts gegen seine Überzeugung per Gesetz nicht zugemutet wird.
2. wäre es günstig, die Abortstation räumlich von der Wochenstation zu separieren, um so die Aktualisierungschance zu minimieren. Eine Trennung von den Patienten anderer gynäkologischer Stationen erscheint problematisch, da mit der Isolation die Gefahr der sozialen Stigmatisierung zunehmen kann. Der Stellenwert monofuktionaler Abortkliniken, wie sie etwa in den Niederlanden bestehen, ist in diesem Zusammenhang hoch zu bewerten. Die Eindeutigkeit der gesamten Klinikssituation für die Patienten und die Abwesenheit nicht betroffener kann für den Psychostatus positiv bewertet werden.

Die Bedeutung einer Sterilisation, parallel zu einem Abort durchgeführt, kann als irritationsverhindernd hervorgehoben werden. Wünscht eine prospektive Abortpatientin zusätzlich eine Sterilisation, so wird diese - durchgeführt - postabortative psychische Irritationen deutlich vermindert erwarten lassen. Hier ist SCHULTE et al. (1968, p. 110) zuzustimmen, wenn sie schreiben, daß "von der Sterilisation ... im größeren Umfange Gebrauch gemacht werden" sollte. Anderes berichten SIMON et al. (1967, p. 100) von ihren amerikanischen Abortpatientinnen, die bei einer zusätzlichen Sterilisation einen erhöhten Anteil von Schuldgefühlen beobachten konnten.

Postabortative psychische Irritationen sind - je nach Strenge des Kriteriums - zwischen 0.3 % und 8.5 % zu erwarten. Es scheint, daß allein die Tatsache selbst, daß eine Frau sich frei zu einem Abort entschließt, ein valider Prädiktor für eine komplikationslose Psychodynamik darstellt. In dieser Sichtweise erscheint das (Abort-) Verhalten als Resultante aus den abgewogenen Argumenten, die sich aus einer spezifischen Situation ergibt. Irritationen sind daher eher zu erwarten, wenn eine Frau an dieser Abwägung von Argumenten gehindert wird. Sei es durch Partner oder Verwandte, die zu einem Abort drängen, sei es durch die Begutachtungsstelle, die einen gewünschten Abort verhindern, sei es durch mangelnde Informationen, die einenAbort verzögern. Verzögerungen, auch im Begutachtungsverfahren sind geeignet, psychische Irritationen zu provozieren. Dieses Ergebnis wird unterstützt durch eine Veröffentlichung von JACOBSSON et al. (1975), die über die Erfahrungen mit einem verkürzten Begutachtungsverfahren in Schweden berichten. Hierbei hat die prospektive Abortpatientin nur noch Kontakt mit einem Sozialarbeiter und einem Gynäkologen. Bei der Mehrzahl der Probandinnen konnte eine positive Bewertung dieses verkürzten, verzögerungsarmen Verfahrens festgestellt werden. Etwa die Hälfte meinte, daß ein solcher Kontakt (mit dem Sozialarbeiter) auch dann obligatorisch sein sollte, wenn der Abort sonst "frei" wäre. Die Verminderung von Verzögerungen darf jedoch nicht im Sinne einer ungeprüften Befürwortung mißverstanden werden, da ein Teil der prospektiven Abortpatientinnen von einer als ernsthaft erfahrenen Begutachtung im Sinne der Fremdverantwortlichkeit psychisch zu profitieren vermag. Es dürfte sich hier um Frauen handeln, die sich zwar für einen Abort entschieden haben, aber noch einer externen und offiziellen Bestätigung bedürfen. Eine gewisse

Ähnlichkeit mit dem "konventionellen Typus" im Sinne ADORNOs (1973, p. 319 ff.) ist zu vermuten, für den eine "Zustimmung zu den herrschenden Maßstäben" bedeutsam ist. Eine Unterstützung dieser Annahme findet sich in den hohen Extraversions- und Rigiditätswerten der begutachteten Abortpatientinnen (Tabellen 26, 27, Gruppe 4).

Wenn hier die Frau der Mittelschicht als recht selten mit postabortativen psychischen Irritationen behaftet geschildert wird, so bedarf das wegen der etwa von THOMAS (1969) aufgezeigten Mehrdeutigkeit des Schichtbegriffes der näheren Bestimmung. Sie ist hier charakterisiert durch die Ehe mit einem Mann höheren Schulabschlusses und der Tatsache, daß sie einen Beruf erlernt hat, diesen jedoch zum Zeitpunkt der Befragung nicht (mehr) ausübt. Sie braucht diesen nicht auszuüben, weil sich der Mann in einer seiner Schulbildung gemäßen gehobenen Stellung befindet. Sie entspricht in diesen Dimensionen einem Merkmalstripel, das nach MAYNTZ et al. (1972, p. 44) den sozio-ökonomischen Status eines Menschen definiert:
Schulbildung, Beruf und Einkommen.

Zu dem relativen Wohlbefinden dieser Frau in der Abortsituation trägt bei, daß sie eine eher tolerierende Einstellung zu diesem Eingriff hat.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die vorliegende Untersuchung in hinreichendem Maße die Ergebnisse anderer Autoren bestätigen oder differenzieren konnte. Eine Anzahl abortrelevanter Aspekte konnte dargestellt und prädiktorische Variablen identifiziert werden. Die gewählte Erhebungsstrategie erwies sich als geeignet, hypothesenrelevante Aussagen zu ermöglichen. Bei einer weiteren Erforschung der komplexen periabortativen Psychodynamik wäre es wünschenswert, wenn in größerem Umfang auch Frauen befragt werden könnten, bevor sie wissen oder ahnen, daß sie schwanger geworden sind.

8. Gesamtzusammenfassung

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist es, Ansätze zu einer empirisch begründeten Prophylaxe periabortativer psychischer Irritationen zu liefern. Die Kenntnis der periabortativen Psychodynamik ermöglicht bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung - die Existenz valider Prädikatoren vorausgesetzt - die Identifikation von Frauen, die auf diesen Eingriff mit psychischen Irritationen reagieren werden. In solchen Fällen können psychotherapeutische Interventionen eingeleitet werden, bevor die Irritationen manifest werden. Die vorherrschenden Intentionen richteten sich daher auf eine Erforschung der periabortativen Psychodynamik sowie auf die Suche nach validen Prädiktoren.

Die Relevanz des Gegenstandes bedarf angesichts der jahrelangen Diskussion um den § 218 StGB keiner Erörterung. Die Brisanz des Themas wird deutlich angesichts einiger 100.000 Frauen pro Jahr, die ihre Schwangerschaft unter Umgehung einer Begutachtung abbrechen lassen.

Die Durchsicht der Literatur auf Befunde zu den psychischen Folgen eines Aborts ergab eine große Uneinheitlichkeit:
Völlige Abwesenheit von abortogenen Irritationen wird ebenso für wahrscheinlich gehalten, wie eine zwingende Anwesenheit solcher Folgen.
Aus der Literaturschau wurden unter Berücksichtigung besonders persönlichkeits- und kognitionspsychologischer Erkenntnisse Konstrukte gebildet, die Voraussetzung der anschließenden Hypothesenbildung waren: periabortative Konflikte sind in bestimmten Fällen zu erwarten - wie diese Fälle zum Zeitpunkt der Begutachtung zu diagnostizieren sind, ist Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

Da die Begutachtung selbst psychische Alterationen provozieren kann und die Anzahl der nicht begutachteten Aborte recht hoch anzusetzen ist, war es notwendig, auch Frauen zu erfassen, die sich einem Abort unter Umgehung einer Begutachtung unterzogen haben. Dieser Teil der Untersuchung ist als pilot study zu bewerten.

Es wurden befragt: N = 364 bundesdeutscher Frauen in periabortativer Situation, davon N = 104, die eine Gravidität im II. Trimester in einer niederländischen Klinik unterbrechen ließen, weitere N = 195 im I. Trimester, ebenfalls in den Niederlanden, weitere N = 65 vor und nach einem Abort in inländischen Kliniken. Als Vergleichsgruppe dienten N = 59

Frauen mit einer moralisch indifferenten, gynäkologisch äquivalenten Operation, als Reliabilitätsgruppe N =66 Frauen ohne jeden Eingriff.

Zur Gewinnung valider Prädiktoren wurden die Frauen vor und nach dem Abort befragt. Es konnten 17 körperlich/medizinische Daten erhoben werden sowie weitere 16 soziographische bezüglich der Herkunftsfamilie und der gegenwärtigen Situation. Mit 154 Items nahmen die psychologischen Fragen den weitesten Raum ein. Diese Items wurden zu psychodiagnostischen Scores aggregiert: Neurotische Tendenz, Depressivität, Extraversion, Rigidität, Nervosität, Erregbarkeit, Gehemmtheit, Offenheit, abortspezifische Ängste und Einstellung zum Abort. Die erhobenen Daten wurden einfachen und komplexen Mittelwertsvergleichen, sowie Diskriminanzanalysen unterzogen.

Als allgemeines Ergebnis kann festgestellt werden, daß die konzipierte Erhebungsstrategie geeignet war, hypothesenrelevante Aussagen zu ermöglichen. Die zusätzlich unsystematisch durchgeführten Befragungen der Abortpatientinnen lassen die erhaltenen Daten als Aussagen einschätzen, die auf einem ernsthaften Engagement der Probandinnen basieren.

Inhaltliche Ergebnisse werden in nachfolgender Reihenfolge zusammengefaßt dargestellt:

- Charakterisierung der Spätunterbrecherin (II. Trimester der Gravidität), die eine Begutachtung umgeht,
- Charakterisierung der Abortpatientin im I. Trimester, die eine Begutachtung umgeht,
- Charakterisierung der begutachteten Abortpatientin inländischer Kliniken (I. Trimester der Gravidität),
- Prädiktoren für eine günstige, resp. ungünstige periabortative Psychodynamik.

Innerhalb jeder dieser Absätze werden zuerst die medizinischen, dann die soziographischen und psychologischen Variablen aufgeführt, die sich als diskriminationsfähig herausgestellt haben.

Zur Charakterisierung der Frau, die erst verspätet im II. Trimester Zugang zu einem Abort findet, läßt sich sagen, daß

- sie sich in den Rahmenzeiten der Geschlechtsreife befindet,
- sie ihre Gravidität erst verzögert erkennt (Zyklusinstabilität),

- sie in verringertem Maße Ovaluationshemmer verwendet,
- sie über wenige Informationen und Informationsmögl chkeiten bezüglich Abort verfügt,
- sie aus einem kleineren Ort stammt,
- sie ledig ist,
- sie zum Zeitpunkt des (verzögerten) Aborts überdurchschnittlich nervös, erregbar und emotional labil ist.

Die Frau, die sich im I. Trimester einem Abort unter Umgehung einer Begutachtung in den Niederlanden unterzieht,

- nimmt normalerweise die Pille (Pillenpause !),
- hat eher gute Möglichkeiten sich über Abortkliniken zu informieren und tut dies auch prophylaktisch,
- hat einen Vater mit höherem Schulabschluß,
- hat selbst einen höheren Schulabschluß,
- hat eine geringe Kirchenbindung,
- hat eine den Abort tolerierende Einstellung,
- ist intellektuell beweglich, im konkreten (Abort-) Problem zuversichtlich und aktiv.

Zur Charakterisierung der inländischen Abortpatientin (I. Trimester) kann gesagt werden, daß sie im Vergleich zu anderen Abortpatientinnen resp. zur Norm

- in der Klinikssituation deutlich unterdurchschnittlich bereit ist, über sich Auskunft zu geben,
- eher verheiratet ist,
- eher nur Volksschulabschluß hat,
- eine eher stärkere Kirchenbindung hat,
- den Abort am wenigsten toleriert,
- am meisten abortspezifische Ängste entwickelt,
- eher psychisch rigide ist.

Als Exkurs sollen von den Folgen eines abgelehnten Antrages auf Abort zwei herausgegriffen werden, wie sie sich anhand von Literaturbefunden darstellen:

- die Ablehnung eines Antrages auf Abort garantiert nicht, daß die Gravidität auch ausgetragen wird. Je nach Schätzung der verschiedenen Autoren finden ein bis drei Viertel der betroffenen Frauen anderweitig eine Möglichkeit, ihre Schwangerschaft - in der Regel auch von Ärzten - abbrechen zu lassen.

- endet eine Gravidität nach negativer Begutachtung in einer Geburt, so treten überdurchschnittlich häufig auf:
- Totgeburten,
- Kindesmißhandlungen,
- somatische und psychische Erkrankungen (des Kindes),
- Kriminalität (des Kindes),
- schlechtere Ausbildung (des Kindes).

Postabortative Irritationen sind, auf die Gesamtheit aller Abortpatientinnen bezogen, relativ selten. Je nach Strenge des Kriteriums sind zwischen 0.3 % und 8.5 % der Patientinnen unserer Erhebung betroffen. Um diese zu identifizieren, sind valide Prädiktoren notwendig. Auch das gesamte Verfahren von der Begutachtung bis zur Durchführung des Aborts kann zu unterschiedlich starken Irritationen führen:

- Irritationen treten verstärkt auf, wenn nach der Entscheidung zum Abort Verzögerungen in der Realisierung auftreten. Die Vierteljahresfrist, die im bundesrepublikanischen wie niederländischen Recht allgemein als Grenze gilt, kann als bedrohlich erlebt werden. Dies gilt besonders, wenn die Gravidität erst spät erkannt wurde.
- Die gesetzlich festgelegten Minimalfristen im zeitlichen Ablauf der Begutachtung sollten nicht überschritten werden, da jede Verzögerung irritationsfördernd ist; die Vermeidung von Verzögerungen darf jedoch nicht im Sinne einer ungeprüft erscheinenden Befürwortung mißverstanden werden: ein als "konventionell" beschreibbarer Typ vermag von einer als ernsthaft erfahrenen Begutachtung im Sinne einer Fremdverantwortlichkeit psychisch zu profitieren.
- Ein Kliniksaufenthalt scheint bei einer Anzahl von Frauen, die unter häuslichen Belastungen stehen, einen "Kureffekt" zu haben, der sich in einer psychischen Stabilisierung manifestiert. Die Stabilisierung manifestiert sich nur in verringertem Maße, wenn der Aufenthalt von aversiven Erscheinungen begleitet wird.
- Irritationen treten vermindert auf, wenn eine räumliche Trennung zwischen Wochen- und Abortstation vorliegt, resp. der Eingriff in einer monofunktionalen Abortklinik vorgenommen wird.

Die Manifestationswahrscheinlichkeit peri- und postabortativer psychischer Irritationen ist geringer, wenn

- der Wunsch nach einer Sterilisation parallel zum Abort geäußert und beides durchgeführt wurde,

- die prospektive Abortpatientin einen höheren Schulabschluß hat,
- die Patientin mit einem Mann höheren Schulabschlusses verheiratet ist,
- die Patientin einen Berufsabschluß hat, gegenwärtig aber nicht berufstätig ist,
- sie eher über 27 Jahre alt ist,
- sie selbst als zweites oder späteres Kind geboren wurde,
- sie in einer Familie ohne Vater aufgewachsen ist.

Weiterhin sind psychische Irritationen seltener zu erwarten, wenn die Patientin

- die Begutachtung als Verantwortungsdelegation empfinden kann. Für diese "konventionellen" Frauen, die als extravertiert und psychisch rigide beschreibbar sind, ist eine Zustimmung von "offizieller" Seite bedeutsam im Sinne einer als entlastend erlebten Fremdverantwortlichkeit,
- eine eher tolerierende Einstellung zum Abort hat,
- zwar den Abort einstellungsmäßig ablehnt, jedoch von einer Fremdverantwortlichkeit partizipieren kann. Dies kann sie, wenn sie, wie beschrieben, erhöhte Werte in den Skalen Extraversion und Rigidität aufweist; in dieser Kombination kommt die Einstellung nur vermindert zum Tragen.

Eine Begutachtungspraxis, die die vorgenannten Variablen ergänzend berücksichtigt, dürfte irritationsgefährdete Abortpatientinnen sicherer identifizieren können, als wenn diese vernachlässigt werden. So konnte ein Minimalsortiment von individualdiagnostischen Instrumenten bezeichnet werden. Jedoch auch, wenn nur methodologisch unproblematisch zu erfragenden soziographischen Daten ergänzend verwendet werden, ist die Diskriminationsleistung höher als bei ihrer Vernachlässigung. Bei den als irritationsgefährdet identifizierten Frauen könnten therapeutische Interventionsmaßnahmen zum Tragen kommen, bevor die psychischen Störungen manifest werden.

- Die "technische" Ursache für eine ungewollte Gravidität liegt im geringeren Wissen über effektive Kontrazeptiva und/oder geringeren Kontrazeptivagebrauch, resp. vorübergehend abgesetzte Ovulationshemmer (Pillenpause). Verstärkte Informationen über effektive Kontrazeptiva können als gezielte Abortprävention angesehen werden.

Die vorliegende Erhebung hat gezeigt, daß Abortverhalten und periabortative Psychodynamik hoch komplexe Vorgänge sind, die einer weiteren empirischen Erforschung unter Einarbeitung theoretischer Aussagen bedürfen. Persönlichkeitspsychologische Ansätze erscheinen in Verbindung mit kognitionstheoretischen Konstrukten in diesem Bereich erfolgversprechend zu sein, da sie Erfahrungskomponenten und psychischen Habitus der betroffenen Frau berücksichtigen.

Literaturverzeichnis

Adorno, Th.W. (1973): Studien zum autoritären Charakter, Frankfurt

Alexandrow, W. (1946): Untersuchungen über die Persönlichkeit der passiven Abtreiberin, Diss. Med. Zürich

Allport, G.W. (1949): Persönlichkeit, Stuttgart

ders. (1971): Die Natur des Vorurteils, Köln, dt.: (1954): The nature of prijudice

Arafat, I.S. & R. Chireau (1974): The psychological and emotional effects of abortion, Paper presented at the 1974 annual meeting of the midwest sociological society, April 3-6, Nebraska, zit. nach: Sociological abstracts - 1974, Vol. XXII, Suppl 40, MSS page 1: SO 1239

Auclaire, M. (1969): Das tödliche Schweigen - Eine Umfrage über Abtreibung, München dt: Le livre noir de l'avortement

Balint, M. (1957): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Stuttgart dt.: The doctor, his patient and the illness

Bardis, P.D. (1972): A technique for the measurement of attitudes toward abortion, Int J Soc Fam, Vol. 2, No. 1, 1-7

Baumann, J. (Hg.) (1972): Das Abtreibungsverbot des § 218, Darmstadt

Beck, D. (1964): Schwangerschaftsabbruch und Schuldgefühl, Schw med Ws 94, 357-362

Bender, I. et al. (1953): On measuring generalized emphatic ability (social sensitivity), J abnorm soc Psychol 48, 503-506, zit. nach Schraml (1971)

Berger, P.L. (1973): Einladung zur Soziologie, München, 4. Aufl.

Bergh, A.S. van den (1975): The bloemenhovekliniek, Abortion procedure in the second trimester of pregnancy, maschinenschriftliche Vervielfältigung

Biermann, G. (1974): Kindesmißhandlung, in: Psychologie heute, 1, Heft 2, 7 f.

Binder, H. (1941): Die uneheliche Mutterschaft, Bern

ders. (1951): Die psychiatrischen Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft, in: Schw Arch Neurol Psych 67 245-263

Blaser, A. et al. (1975): Psychodiagnostisches zur Indikation des Schwangerschaftsabbruches, Schw med Ws 105 436-438

Blaser, P. & A. Gehring (1972): MMPI, Ein programmierter Kurs zur deutschsprachigen Ausgabe des Minnesota Multiphasic Personality Inventory von S.R. Hathaway & L.C. McKinley, Bern usw.

Bolter, S.: (1962): The psychiatrist's role in abortion: the unwitting accomplice, Am J Psych 119, 312-316

Bönner, K.E. (Hg.) (1973): Die Geschlechterrolle, München

Bosse, K., P. Faßheber, P. Hünecke, A.T. Teichmann, J. Zauner (1976): Zur sozialen Situation des Hautkranken als Phänomen interpersoneller Wahrnehmung, Z psychosomat Med 21, 3-62

Brekke, B. (1958): verschiedene Beiträge in: Calderone, M.

Brengelmann, J.C. & L. Brengelmann (1960): Deutsche Validierung von Fragebogen der Extraversion, Neurotische Tendenz und Rigidität, Z exp angew Psychol 7, 291-331

Brengelmann, J.C. (1972): Persönlichkeit, in: Meili, R. et al. 1972, 327-374

Bretscher, J. (1958): Über den Verlauf unerwünschter ehelicher Schwangerschaften, Diss. Med. Zürich

Brody, H. et al. (1971): Therapeutic abortion: a prospektive study I, Am J Obstet Gynec 109, 347-353

Burchardt, R. (1973): Abtreibung: statt Dunkelziffern hier die ersten Zahlen, Zeit-magazin Nr. 46 v. 9.11.1973, 10-16

Calderone, M.S. (ed.) (1958): Abortion in the United States, New York

Caplan, G. (1954): The disturbance of the mother-child relation by unsuccessful attempt at abortion, Ment Hyg 38 67-80

Cattell, R.B. (1973): Die empirische Erforschung der Persönlichkeit, Weinheim

Cattell, R.B. et al. (1955): The inheritance of personality, Am J hum Gen 7, 122-124

Char, W. et al. (1972): Abortation and acute identity crisis in nurses, in: Am J Psych 128, 952-957

Clark, M. et al. (1968): Sequels of unwanted pregnancy, Lancet 2, 501-503

Clauß, G. & H. Ebner (1971): Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen, Frankfurt usw.

Cloeren,S. & Mall-Haefely, M. (1965): Das Abortproblem, Z Präv Med 10, 85-98

Coucheron-Aamon, S. (1967): Über die seelische Entwicklung von Frauen nach abgelehntem Antrag auf Interuptio, Diss. Med. Tübingen

Dahrendorf, R. (1968): Homo Sociologicus: Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle, in: Dahrendorf 1968, 128-194

ders. (1968): Pfade aus Utopia, München

Devereux, G. (1955): A study of abortion in primitive societies, New York

Döring, G.K. (1971): Das Abtreibungsproblem heute, Dt Ärztebl 68, 864-866

Drever, J. & W.D. Fröhlich (1970): dtv-Wörterbuch zur Psychologie, München

Durkheim, E. (1965): Regeln der soziologischen Methode, Neuwied use. 2. Aufl., dt.:Les Règles de la méthode sociologique, Paris 1895

Dymond, R. (1948): A preliminary investigation of the relation of insight and emphasy, J consult Psychol, 12, 228-233 zit. nach Schraml (1971)

Datrych et al. (1975): Children born to women denied abortion, in: Family planning perspectives 7, 165-171, zit. nach: Psychological Abstracts 55 (1975) 2284

Ebaugh, F.G. & Heuser (1947): Psychiatric aspects of therapeutic abortion, Postgrad Med 2, 325, zit. nach: Osofsky et al. 1971

Eysenck, H.J. (1951): The organization of personality, in: J Pers 20, 101-117

ders. (1953): The structure of human personality, London

ders. (1956): The inheritance of extraversion-introversion, Acta Psychol 12, 95-110

ders. (1958): Buchkritik, Brit J Psychol 49, 530-532

ders. (1959): Maudsley Personality Inventory (MPI), Göttingen

ders. (1965): Persönlichkeitstheorie und psychodiagnostische Tests, Diagnostica 11, 1-27

Eysenck, H.J. & D. Prell (1951): The inheritance of neuroticism: an experimental study, J ment Sci 97, 441-465

Fahrenberg, J.,H. Selg & R. Hampel (1973): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI, Handanweisung, Göttingen, 2. Auflage

Faßheber, P. (1976): Zur Analyse der interpersonellen Kommunikation von psychosomatisch Erkrankten, in: Bosse et al.

Festinger, L. (1957): A theory of cognitive dissonance, Evanstone, Ill.

Fischer, R.A. (1938): The statistical utilization of multiple measurements, Ann Eugen 8, 376-386

Floyd, M.K. (1972): Abortation Bibliography for 1970. Troy, New York

dies. (1973): Abortion Bibliography for 1972, Troy, New York

dies. (1974): Abortion Bibliography for 1973, Troy, New York

Ford, C.V. et al.(1971a):Abortion: is it a therapeutic procedure in psychiatry, JAMA 218, 1173-1178

Ford, C.V. et al.(1971b): Therapeutic abortion, Obstet Gynecol 38, 206-213

Ford, C.V. et al. (1972): Women, who seek therapeutic abortion: a comparison with women, who complet pregnancy, Am J Psych 129, 546-552

Fort, A.R. (1971): Abortion and sterilization: An insight into obstetrican-gynecologist's attitudes and practices, Soc Biol 18, 192-194

Friedeburg, L. von (1953): Die Umfrage in der Intimsphäre, Beiträge zur Sexualforschung, Heft 4

Friedrich, W. (Hg.) (1970): Methoden der marxistisch-leninistischen Sozialforschung, Berlin

Fleck, S. (1970): Some psychiatric aspects of abortion, J Nerv M dis 151, 42-50

Forssman, H. & I. Thuwe (1966): One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused, Acta Psych Scand 42, 71-88

Gebhard, P.H. et al. (1969): Schwangerschaft, Geburt, Abtreibung, Reinbeck dt.: Pregnancy, Birth, and Abortion, New York, 1958

Gehlen, A. (1965): Anthropologische Forschung, Reinbeck, 4. Aufl.

ders. (1966): Der Mensch, Frankfurt usw., 8. Aufl.

Giese, H. (1969): Vorwort zu Gebhard et al.(1969)

Giese, H. & G. Schmidt (1968): Studentensexualität, Verhalten und Einstellung, Reinbeck

Gladstone, I. (1958): verschiedene Diskussionsbeiträge, in: Galderone, M.S. (ed.) 1958

Goode, W. et al. (1971): Social systems and family patterns, Indianapolis, zit. nach: Bardis 1972

Gottschaldt, K. et al. (Hg.) (versch. Jahrgänge): Handbuch der Psychologie in 12 Bänden, Göttingen, hier: Band 6: Psychologische Diagnostik, herausgegeben von R. Heiss (1971); Band 7: Sozialpsychologie, herausgegeben von C.F. Graumann (1969)

Granik, L. et al. (eds.)(versch. Jahrgänge): Psychological Abstracts, Washington D.C.

Graumann, C.F. (Hg.) (1969): Sozialpsychologie, Handbuch der Psychologie, Bd. 7, Göttingen, (1. Halbband), 1972 (2. Halbband)

Guilford, J.P. (1975): Persönlichkeit, Weinheim, 6. Auflage, dt.: Personality, New York, 1959

Hall, R.E. (Ed.) (1970): Abortion in a changing world, Vol 1 & 2 New York, London

Hamilton, V.C. (1940):Some sociologic and psychologic observations on abortion, Am J Obstet Gynec 39, 919-928, zit. nach: Gebhard 1969

Hardin, G. (1968): Abortion or compulsory pregnancy, J Marr Fam 30, 246-251

Hart, T.M. (ed.) (1972): Abortion in the clinic and office Setting, San Francisco

Hartmann, H. & R. Wakenhut (1973): Zur Dimensionalität gesellschaftlich-politischer Attitüden bei unterschiedlichen Gruppen, Z Sozpsych 3, 96-115

Hathaway, S.R. & J.C. McKinley (1951): Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Manual (MMPI), New York

Hathaway, S.R. & P.F. Briggs (1957): Some normative data of new MMPI scales, J Clin Psychol, 13, 364-368

Haug, F. (1975): Kritik der Rollentheorie, Frankfurt, 3. Aufl.

Heberer, G., I. Schwidetzky & H. Walter (1973): Anthropologie (Fischer-Lexikon), Frankfurt, 6. Aufl.

Herkner, W. (1975): Einführung in die Sozialpsychologie, Bern

Herrmann, T. (1972): Persönlichkeitsforschung, Göttingen

Heiss, H. (1967): Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung und der kriminelle Abort, Stuttgart

Heiss, R. (Hg.) (1971): Psychologische Diagnostik, Handbuch der Psychologie, Band 6, Göttingen, 3. Auflage

Heider, F. (1958): The psychology of interpersonal relations, New York

Hofstätter, P.R. (2966 a): Psychologie (Fischer-Lexikon), Frankfurt, 11. Aufl.

Hofstätter, P.R. (1966 b): Einführung in die Sozialpsychologie, Stuttgart

Husslein, H. (1971): Gedanken zum Abortproblem, Dt Ärztebl., 2247-2255

Hyman, H.H. et al. (1954): Interviewing in social research, Chicago, zit. nach: Timaeus (1974) 33 ff.

Irle, M. (1975): Lehrbuch der Sozialpsychologie, Göttingen

Jacobsson, L. & F. Solheim (1975): Women's experience to the abortion procedure, Soc Psych 10, 155-160

James, zit. nach: Eysenck (1953): 228 owA, in der Übersetzung nach Brengelmann in: Meili (1972) 359

Jansson, B. (1965): Mental disorders after abortion, Acta Psych Scand 41, 87-110

Kane, F.J. et al. (1973): Emotional Reactions in Abortion Services Personnel, Arch Gen Psych 28, 409-411

Kerr, W. et al. (1955): The emphasy test, Chicago, zit. nach Schraml (1971)

Kilian, H. (1973): Frauenrolle und Mädchenerziehung aus sozialpsychologischer Sicht, in: Bönner K-H. (Hg.), 110-128

Kimbel, C.P (1970): Some Observations regarding unwanted pregnancy and therapeutic abortion, Obstet Gynec 35, 293-296

Kimbel, H.D. (1972): Staff reactions to abortion. A psychiatrist's view, Obstet Gynec 39, 128-133

Kinsey-Report III, sogenannter, siehe Gebhard et al. (1969)

Kirchhoff, H. (1972): Komplikation beim legalen Schwangerschaftsabbruch, Dt Ärztebl. 69, 2788-2792

Kleining G. & H. Moore(1968): Soziale Selbsteinstufung, KZSS 20, 502-552

Koerber, H. von (1974): Einmal pro Woche, Die Zeit, Nr. 42, 11.10.1974. 55

Koschorke, M. (1971): Legalisation der Abtreibung - ja oder nein?, Wege zum Menschen 1971, 156-157

Kretzschmar, R.M. & A.S. Norris (1967): Psychiatric implications of therapeutic abortion, Am J Obstet Gynec 198, 368

Kummer, J. (1963): Post-abortion psychiatric illness: a myth?, Am J of Psych 119, 980-983

Kummer, J. (1970): A Psychiatrist's View, in: Hall, R.E. (ed.)

Lader, L. (1966): Abortion, Boston, zit. nach: Osofsky et al. 1971

Laing, R.D. (1972): Phänomenologie der Erfahrung, Frankfurt, 5. Aufl. orig.: The Politics of Experience, 1967

Laing, R.D. (1969): Philipson, H. & A.R. Lee: Interpersonal Perception, London, New York

León, C. et al. (1972): Aspectos psico-sociales del aborto provocado, Acta Psciátrica y Psycológica de América Latina 18, 31-42

Lersch, Ph. (1964): Der Mensch als soziales Wesen, München

Levene, H.I. et al. (1970): Law, preventive psychiatry, and the therapeutic abortion, J Nerv M dis 151, 51-59

Lewin, K. (1963): Feldtheorie in den Sozialwissenschaften, Bern/ Stuttgart

Lidz, Th. (1958): verschiedene Diskussionsbeiträge in: Calderone, M.S. (ed.)

Lienert, G.A. (1969): Testaufbau und Testanalyse, Weinheim

Linder, A. (1963): Trennverfahren bei qualitativen Merkmalen, Metrica 6, 76-83

Mayer, A. (1933): Erfahrungen mit der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung in der Sowjetrepublik, Stuttgart

Mayer, A. (1951): Schwangerschaftsunterbrechung aus wirtschaftlicher Not, Augsburg

Mayntz, R., K. Holm & P. Hübner (1974): Einführung in die Methoden der empirischen Soziologie, Opladen, 4. Aufl.

McCormick, E.P. (1975): Attitudes to abortion, Lexington

Mc Dermott jr., J.F. & W.F. Char (1971): Abortion repeal in Hawaii, an unexpected crisis in patient care, Am J Orthopsych 41, 620-626

Mehlan, K.H. (Hg.) (1961): Internationale Abortsituation - Abortbekämpfung - Antikonzeption, Leipzig

Meili, R. & H. Rohracher (Hg.) (1972): Lehrbuch der experimentellen Psychologie, Bern usw., 3. Aufl.

Mertens, W. (1975): Sozialpsychologie des Experiments, Hamburg

Merton, R.K. (1948): The self-fulfilling prophecy, Antioch Rev 8, 193-210

Moll, 1898, zit. nach Timaeus 1974, p. 37

Mueller, E.F. & A. Thomas (1974): Einführung in die Sozialpsychologie, Göttingen

Müller, C. (1964): Gefahren der Schwangerschaftsunterbrechung, in: Müller, C. & D. Stuki (1964) p. 202-205

Müller, C. & D. Stuki (Hg.) (1964): Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung, Berlin usw.

Niswander, K.R. et al. (1965): Therpeutic Abortions, JAMA 193, 45-52

Niswander, K.R. et al. (1966): Changing attitude toward therapeutic abortion, JAMA 196, 1140-1143

Niswander, K.R. et al. (1967): Psychologic reactions to therapeutic abortion, I. Subjective patient response, Obstet Gynec 29, 702-706

Niswander, K.R. et al. (1972): Psychological reactions to therapeutic abortion, II. Objective response, Am J Obstet Gynec 114, 29-33

Novak, F. (1967): Abortion in Europe, Proc. 8th Int. Conf. IPPF, Santiago, zit. nach: Hall, R.E. 1970, 335

Offergeld, H. (1961): Die natürliche und künstliche Schwangerschaftsunterbrechung und ihre Folgen für die weibliche Psyche, Z f Psychother Med Psychol 11, 61-66

Olley, P.C. (1971): Personality factors and referral for therapeutic abortion, J biosoc Sci 3, 106-115

Opp, K.D. (1970): Soziales Handeln, Rollen und soziale Systeme, Stuttgart

Orne, M.T. (1959): The nature of hypothesis, artifact and essence, in: J Abnorm Soc Psych 58 (1959) 277-299, zit. nach: Timaeus, E. 1974, 33 f.

Osofsky, J.D. et al. (1972): The psychological reaction of patients to legalized abortion, Am J Orthopsych 48-61

Ottosson, J.-O. (1971): Legal abortion in Sweden: Thirty years experience, J biosoc Sci 3, 173-192

Pannell, C. (1972): Three years experience of the working of the abortion act in Britain, New Zealand Med J 76 117-119

Pasini, W. & H. Stockhammer (1970): Deux cas de psychoses post-abortives, Ann Med Psych 1, 555-564

Peck, A. & H. Marcus (1966): Psychiatric sequelae of therapeutic interruption of pregnancy J Nerv M dis 143, 417-425

Peck, A. (1968): Therapeutic abortion: Patients, doctors and society, Am J Psych 125, 797-804

Perez-Reyes, M.G. & R. Falk (1973): Follow-up after therapeutic abortion in early adolescence, Arch Gen Psych 28, 120-126

Petri, H. (1973): Nicht gewollt - nicht geliebt, Die Zeit Nr. 51 v. 14.12. 1973, 65

Pfungst, O. (1907): Das Pferd des Herrn von Osten, Leipzig, zit. nach: Timaeus, E. 1974, p. 33

Portmann, A. (1956): Zoologie und das neue Bild des Menschen, Hamburg

Prill, H.J. (1972): Zur Aufhellung der sogenannten Dunkelziffer bei Abtreibung, Med Klin 67, 619-622

Pross, H. (1971): Abtreibung, Motive und Bedenken, Stuttgart

Raabe, U. (1976): Es führt kein Weg zurück, Die Zeit, Nr. 42 v. 8.10.1976, 63

Ray, D.P. (ed.) (1961): Series research in social psychology. Symposia study series, Nr. 8, Washington, D.C., zit. nach: Timaeus, E. 1974, 33 f.

Reich, Th. et al. (1970): Postpartum psychosis in patients with manic depression desease, J Nerv M dis 151, 60-68

Rohden, F. von (1951): Kritik der legalen Schwangerschaftsunterbrechung, Schl holst Ä Bl 4 (1951) 186-194/ 5 (1952) 11-118/ 5 (1952) 213-220

Rolinski, K.F. (1971): Zur Situation der unerwünschten Schwangerschaft - Versuch einer psychologischen Analyse, in: Baumann, J. 1971, 248-274

Rosen, H. (ed.) (1954): Therapeutic abortions, New York

ders. (1963): Abortion, in: Encyclopedia of Mental Health, New York, 9-28

der. (ed.) (1967): Abortion in America, Boston

ders. (1970): Abortion in America, Am J Psych 126, 1199-1310

Rosenthal, R. & K.L. Fode (1961): The problem of experimenter outcome-bias, Ray, D.P. (ed.)

Rosenthal, R. & L. Jacobson (1971):Pygmalion im Unterricht, Weinheim usw, dt. Pygmalion in the classroom, New York 1968

Rosenzweig, S. (1933): The experimental situation as a psychological problem, Psych Rev 40, 337-354, zit. nach: Mertens, W. (1975)

Rumpf, E. & W. Noelle (1950): Über abgelehnte Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung, Münch med Ws 92, 949-958

Sader, M. (1969): Rollentheorie, in: Graumann, C.F. (1969) 204-231

Schnabel, P. (1974): Abortus in 1973, Den Haag

Schraml, W. (1971): Das psychodiagnostische Gespräch (Exploration und Anamnese), in: Heiss (1971) p. 868-897

Schroeder-Renders, A. & P. Schnabel (1975): Kliniek en Klient, Den Haag

Schulte, M. (1966): Untersuchungen über die seelische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs aus psychiatrischer Indikation, Diss. Med. Tübingen

Schulte, W., M. Schulte & S. Schulte (1969): Unerwünschte Schwangerschaft, Stuttgart

Schulz, geb. Ackermeier, U (1974): Untersuchung über Komplikationen bei legalem Schwangerschaftsunterbrechungen am Material der Universitäts-Frauenklinik Göttingen (1951-1971), Diss. Med. Göttingen

Schwidetzky, I. (1973): Kulturanthropologie, in: Heberer, G. (1973) 107-126

Senay, E.C. (1970): Therapeutic abortion: Clinical aspects, Arch Gen Psych 23, 408-415

Siebel, W. et al (1971): Soziologie der Abtreibung, Stuttgart

Siegfried, S. (1951): Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung, Schw Arch Neurol Psych 67, 365-388

Simon, N.M. et al. (1966): Psychiatric sequelae of abortion, Arch Gen Psych 15, 378-389

Simon, N.M. et al. (1967): Psychiatric illness following therapeutic abortion, Am J Psych, 59-65

Simon, N. M. et al. (1969): Psychological factors related to spontaneous and therapeutic abortion, Am J Obstet Gynec 104, 799-806

Spiegel, B. (1961): Die Struktur der Meinungsverteilung im sozialen Feld - Das psychologische Marktmodell, Bern usw.

Spreen, O. & N. Sunberg (1963): MMPI Saarbrücken, Bern usw.

Thomas, K. (1969): Schichten in der modernen Gesellschaft, Hannover

Tietze, Ch. (1968): Therapeutic abortion in the United States, Am J Obstet Gynec 101, 784-787

Timaeus, E. (1974): Experiment und Psychologie, Göttingen

Wallerstein, J.S. et al. (1972): Seesaw response of a young unmarried couple to therapeutic abortion, Arch Gen Psych 27, 251-254

Weber, E. (1961): Grundriß der biologischen Statistik, Stuttgart

Whittington, H. (1970): Evaluation of therapeutic abortion as an element of preventive psychiatry, Am J Psych 126, 1224-1229

Wiendieck, G. & H.E. Lück (1969): Zur Entwicklung von Kurzformen der Brengelmann-Skalen E, N und NR, Diagnostica 15, 40-43

Wille, R. (1973): Äußerungen in einem Bericht von Burchardt, R. (1973)

Wille, R. (1974): Einstellungen und Erfahrungen der Ärzte und Studentinnen in Schleswig Holstein zum Schwangerschaftsabbruch, Schl holst Á Bl, Heft 1

Wilson, D.C. (1954): The abortion problem in the general hospital, Rosen, H.

Yalom, I.D. et al. (1968): "Postpartum blues" syndrome, Arch Gen Psych 18, 16-27

Text des verwendeten Fragebogens *)

1) In der Bundesrepublik werden jährlich etwa 1 Million Kinder geboren. Über Schwangerschafts-abbrüche liegen nur Schätzungen vor. Was schätzen Sie ?
Die Zahl der Schwangerschafts-abbrüche liegt jährlich...
unter 400 000/bei 600 000/bei 800 000/ bei 1 Million/
über 1,2 Million

2) Glauben Sie, daß eine Frau nach einem Schwangerschafts-abbruch von ihrer engeren Verwandtschaft und Bekanntschaft...
verurteilt wird/schief angesehen wird/unverändert angesehen wird/positiv beurteilt wird/Hochachtung genießt ?

3) Was würden Sie vermuten ? Eine Blinddarm-Operation ist gefährlicher als ein Schwangerschafts-abbruch in den ersten drei Monaten (beides in der Klinik ausgeführt)
stimmt genau/stimmt/stimmt nicht/stimmt gar nicht

4 bis 23 (Einstellungsfragebogen):

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Behauptungen, zu denen sie auch eine Meinung haben werden. Bitte kreuzen Sie auf dem vorgegebenen Schema an, ob und in welchem Maße Sie mit der betreffenden Behauptung einverstanden sind oder nicht.
Es gibt keine 'richtigen' oder 'falschen' Antworten, jeder Mensch hat das Recht auf eine eigene Meinung !
stimmt gar nicht/ stimmt nicht/ teils-teils/stimmt/ stimmt genau

4) Innerhalb der ersten drei Monate kann man eine Schwangerschaft ruhig abbrechen
5) Für ledige Frauen sollte Schwangerschafts-abbruch erlaubt sein
6) Schwangerschafts-abbruch ist Sünde
7) Die Gesetze sollten Schwangerschafts-abbruch großzügiger behandeln
8) Wenn eine Familie kein weiteres Kind aufziehen kann, kann man eine Schwangerschaft ruhig abbrechen

*) In dieser Untersuchung verwendete standardisierte Instrumente anderer Autoren werden hier nicht wiedergegeben.

9) Schwangerschafts-abbruch ist unmoralisch
10) Schwangerschaftsabbruch sollte gesetzlich erlaubt sein
11) Der Mensch hat das Recht, Leben im Mutterleib zu vernichten
12) Wenn ein Kind nicht gewollt ist, kann man eine Schwangerschaft ruhig abbrechen
13) Der Mensch hat ein Recht zum Schwangerschafts-abbruch
14) Die Freigabe des Schwangerschafts-abbruches mindert den Wert menschlichen Lebens
15) Nach einer Vergewaltigung sollte Schwangerschafts-abbruch erlaubt sein
16) Solange der Embryo *) nicht außerhalb des Mutterleibes lebensfähig ist, kann man eine Schwangerschaft ruhig abbrechen
17) Schwangerschafts-abbruch sollte erlaubt sein, um die Zahl der unehelichen Geburten zu verringern
18) Der Embryo *) ist noch kein wirklich menschliches Leben
19) Schwangerschafts-abbruch ist ein geeignetes Mittel zur Empfängnisverhütung
20) Wenn der Vater die Mutter verläßt, kann man eine Schwangerschaft ruhig abbrechen
21) Bei Unehelichkeit soll man eine Schwangerschaft abbrechen lassen dürfen
22) Wenn der Verdacht besteht, daß ein Kind körperlich behindert geboren werden könnte, soll Schwangerschafts-abbruch erlaubt sein
23) Schwangerschafts-abbruch ist eine private Angelegenheit, die Staat und Kirche nichts angehen

24) Eine Geburt ist gefährlicher, als ein Schwangerschafts-abbruch in den ersten drei Monaten (beides Klinik)
25) Fast jede Frau hat nach einem Schwangerschafts-abbruch seelische Konflikte
26) Vor der Ehe sollte man keine sexuellen Beziehungen haben
27) Glauben Sie, daß viele Frauen nach einem Schwangerschafts-abbruch Schuldgefühle, Reue usw. bekommen ?
viele/einige/vielleicht die Hälfte/fast keine/gar keine

*) Embryo = Leibesfrucht

28) Wann haben Sie in Ihrem Bekanntenkreis oder Verwandtenkreis zum ersten Mal davon gehört, daß eine Frau eine Schwangerschaft unterbrochen hat ?
im letzten Jahr/vor 1 bis 2 Jahren/vor mehr als 2 Jahren/ noch gar nicht

29) Wieviel Einwohner hatte der Ort, in dem Sie bis zum 18. Lebensjahr überwiegend gewohnt haben ?
unter 20 000/20 000 bis 100 000/ 100 000 bis 200 000/ über 200 000

30) ... und der Ort, in dem Sie gegenwärtig wohnen ?
(Antwortvorgaben wie bei 29)

31) Glauben Sie, daß es Krankenschwestern gibt, die eine Patientin nach Schwangerschafts-abbruch weniger gern versorgen, als andere Patientinnen ?
viele/einige/vielleicht die Hälfte/fast keine/gar keine

32) Welchen Beruf hatte Ihr Vater überwiegend, bis Sie selbst 18 Jahre alt waren (bzw. Ihre Mutter, falls Sie mit dieser zusammen gelebt haben) ?

33) ... und welchen Schulabschluß ?
Volksschule/Mittelschule/Abitur

34) Wieviel Geschwister haben Sie ?

35) Als wievieltes Kind wurden Sie geboren ?

36) Welche Religionszugehörigkeit haben (oder hatten) Sie ?
evangelisch/katholisch/andere Konfession

37) Wie würden Sie Ihren Kirchenbesuch bezeichnen ?
regelmäßig/unregelmäßig/selten (nur zu besonderen Anlässen)/ nie/bin ausgetreten

38) Sind Sie ... verheiratet/ledig/geschieden/verwitwet ?

39) In welchem Jahr wurden Sie geboren ?

40) Wieviele Kinder haben Sie ?

41) Hatten Sie Fehl- oder Totgeburten ? nein/ja, wieviele ?

42) Nehmen Sie die Pille ? nein/ja

43) Wie würden Sie Ihre monatliche Regelblutung bezeichnen ?
schmerzhaft/unangenehm/ohne Schwierigkeiten

44) Kommt Ihre Regelblutung normalerweise regelmäßig ?
sehr unregelmäßig/unregelmäßig/ziemlich regelmäßig/ regelmäßig

45) Welchen Schulabschluß haben Sie ?
46) ... und Ihr Mann (falls verheiratet) ?
47) Haben Sie einen Beruf erlernt ? nein/ja, welchen ?/
bin in der Ausbildung, welcher ?
48) ... und Ihr Mann (falls verheiratet) ? nein/ja, welchen ?/
ist in der Ausbildung, welcher ?
49) Waren Sie im letzten Jahr berufstätig (bzw. in der
Ausbildung) ? nein/ja
50) Wie fühlen Sie sich gegenwärtig so insgesamt ?
sehr gut/gut/mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht

Fragen an den behandelnden Arzt

51) Geburts-Datum der Patientin:
52) Die Pat. ist ledig/verheiratet/geschieden/verwitwet
53) Geburten:
54) Aborte:
55) Menarchealter:
56) Regel: , schmerzhaft ? ja/nein (57)
58) Verwendet Pat. Ovulationshemmer ? ja/nein
59) Grund des derzeitigen Klinikaufenthaltes
Fehlgeburt/Interruptio aus organisch-med. Indikation/
Interruptio aus psychiatrisch-med. Indikation/ Inter-
ruptio aus kindlicher Indikation/Interruptio aus
ethischer Indikation/ Interruptio aus Notlage-Indikation/
60) Sterilisation/
61) Curettage ohne Gravidität (oder vergleichbarer Eingriff)
62) Liegen im Zusammenhang mit dem Eingriff organisch-
medizinische Komplikationen vor ? keine/leichte/
mittlere/schwere/sehr schwere
63) Konnten Sie im Zusammenhang mit dem Eingriff Symptome
für psychische Konflikte beobachten ? keine/leichte/
mittlere/schwere*/sehr schwere **
* Überweisung an Psychiatrie erwogen
** Überweisung an Psychiatrie steht bevor
64) Wie bewerten Sie den Allgemeinzustand der Patientin ?
gut/ausreichend/schlecht

Lebenslauf

Am 12. März 1944 wurde ich in Göttingen geboren. Von 1950 bis 1959 besuchte ich die Volksschule in Göttingen, anschließend machte ich eine Feinmechaniker-Lehre, die ich am 3. September 1962 abschloß. Als Feinmechaniker arbeitete ich bei der Firma Wilh. Lambrecht und der Max-Planck-Gesellschaft, Göttingen.

Seit Ostern 1960 besuchte ich die Abendschule, wo ich am 12. März 1962 das Abschlußzeugnis einer Mittelschule erlangte und am 9. März 1966 das Abitur.

Von 1966 bis 1972 folgte ein Studium der Sozialwissenschaften in Göttingen, das ich am 18. Dezember 1972 mit dem Diplom abschloß.

Anschließend erfolgten weiterführende Studien in Psychologie und Sozialwissenschaften, sowie die Vorbereitung auf die Promotion.